

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 290.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Août 1882, à 1 heure

Par GABRIEL-JEAN-MARIE FRAISSE

Né à Lacapelle-Marival (Lot).

ÉTUDE SUR LA DISJONCTION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE DANS L'ACCOUCHEMENT



Président : M. PAJOT.

*Juges : MM. { BOUCHARD, Professeur.
 { BOUILLY, Agrégés.
 { LEGROUX,*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

1882.

12.11.11

THE DIRECTOR OF THE

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 290.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Août 1882, à 1 heure

Par GABRIEL-JEAN-MARIE FRAISSE

Né à Lacapelle-Marival (Lot).

ÉTUDE SUR LA DISJONCTION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE
DANS L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PAJOT.

Juges : MM. { BOUCHARD, Professeur.
 { BOUILLY, } Agrégés.
 { LEGROUX, }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

1882.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyens	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD.
Pathologie chirurgicale	PETER.
Anatomie pathologique	GUYON.
Histologie	DUPLAY.
Opérations et appareils	CORNIL.
Pharmacologie	ROBIN.
Thérapeutique et matière médicale	LE FORT.
Hygiène	REGNAULD.
Médecine légale	HAYEM.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	BOUCHARDAT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	PAJOT.
Clinique médicale	LABOULBENE.
Maladies des enfants	VULPIAN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	G. SÉE.
Clinique des maladies syphilitiques et dermatologie ..	LASEGUE.
Clinique des maladies nerveuses	HARDY.
Clinique chirurgicale	POTAIN.
Clinique ophthalmologique	PARROT.
Clinique d'accouchement	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHET.
	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
	PANAS.
	DEPAUL.

Doyens honoraires : M. WURTZ. M. VULPIAN.

Professeurs honoraires

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice

MM. BERGER	MM. GRANCHER	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOQUILLON	HALLOPEAU	MARCHAND	REMY
BOUILLY	HANRIOT	MONOD	RENDU
BUDIN	HENNINGER	OLLIVIER	RICHELOT
BOURGOIN	HUMBERT	PEYROT	RICHET
CADIAT	JOFFROV	PINARD	STRAUS
DEBOVE	LANDOUZY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	DE LANESSAN	RAYMOND	TROISIER
GAY			

Chef des travaux anatomiques. M. FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, LE DOCTEUR R. FRAISSE

Conseiller Général du Lot.

A MON GRAND PÈRE, M. J.-J. FERRAND



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549920_0048

A MES SOEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ,
M. LE PROFESSEUR PAJOT.

DISJONCTION

DE

LA SYMPHYSE PUBIENNE

DANS L'ACCOUCHEMENT

Ce sujet n'est point nouveau ; il est, pour ainsi dire, aussi vieux que la médecine obstétricale. Les anciens, Hippocrate en tête, connaissaient le phénomène de la disjonction des symphyses du bassin ; mais loin d'attribuer une valeur pathologique à cet accident, ils le considéraient plutôt comme le résultat d'une bienfaisante intervention de la nature, laquelle, dans certains cas difficiles, procurait spontanément la solution du problème par l'élargissement de la ceinture pelvienne. Ils comparaient à ce point de vue l'accouchement de la femme à la parturition de certains animaux ; on sait, en effet, que chez la femelle du cochon d'Inde, par exemple, les os pubis se disjoignent, lors de la mise-bas, de 2 centimètres et demi, écartement énorme pour un animal d'aussi petite taille.

Cette théorie d'une action médicatrice et souveraine de la nature régna longtemps dans les doctrines médicales, et suffisait, du reste, pour contenter les esprits. Mais l'étude plus attentive des cas de rupture des symphyses pelviennes et surtout celle des complications

qui viennent les aggraver, éclaira les médecins sur la nature de cet accident redoutable, dont la fâcheuse éventualité est aujourd'hui bien connue de tous les accoucheurs éclairés et prudents.

Dès 1670, Daniel Ludovic écrivait un traité *de dislocatione ossium pubis in partu*, dont la lecture n'offre plus actuellement qu'un intérêt de curiosité au point de vue des doctrines qui régnaient alors. Au siècle dernier, Baudelocque s'étend longuement sur le danger de ces ruptures et conseille déjà l'emploi de fortes ceintures pour réduire la diastase et maintenir le bassin fermé. Dès ce moment, des cas se publient qui sont bien observés et bien interprétés ; ils constituent même une variété de dystocie, connue et décrite sous le nom de *Dystocia e pelycorrhexi*. En 1821, Murat (1), dans l'article *Symphyse* du grand Dictionnaire en 60 volumes, étudie parfaitement et résume la question, qui est devenue classique et est entrée définitivement dans la science courante des accouchements.

En 1832, paraît à Strasbourg, sous l'inspiration du professeur Stoltz, alors agrégé, la thèse de Bach : *Dissertation sur la rupture des symphyses du bassin dans l'accouchement, et considérations etc.* Elle contient notamment une observation très détaillée, qui a eu plusieurs fois les honneurs de la reproduction.

Enfin, dans la thèse d'agrégation de M. Badin, pour

(1) A. L. Murat, né à Issepts (Lot), membre de l'Académie de Médecine, professeur-agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, a publié une foule d'écrits et d'articles fort remarquables en leur temps et de fait très-remarquables. L'article *Symphyse* est un modèle d'érudition, de science éclairée et de sens médical ; la rédaction en est vraiment très-réussie. Ce médecin distingué, dont j'ai l'honneur d'être le compatriote, mourut en 1837.

l'année 1878 (*Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*), on trouve une monographie complète de la rupture des symphyses, qui présente l'état actuel de la question. Elle m'a été d'un très-utile secours, tant sous le rapport des faits relatés, qu'au point de vue scientifique. Heureux si, en puisant à de pareilles origines, j'ai su tirer quelque profit d'aussi précieux matériaux ; si j'ai pu fournir quelques documents à tous ceux qui, plus autorisés, voudront quelque jour reprendre un sujet intéressant à plus d'un titre. Tel est du moins le but que je me suis proposé.

I.

En 1570 eut lieu, aux Ecoles de chirurgie de Paris et en présence des célébrités médicales de l'époque, l'autopsie d'une jeune femme suppliciée peu de jours après son accouchement, pour crime d'infanticide ; les deux pubis étaient séparés d'un travers de doigt et le niveau de l'un surpassait celui de l'autre d'un demi-pouce au moins ; ce fait fut longuement commenté et fournit la matière de plusieurs écrits.

Des faits semblables se produisent aux siècles suivants ; Smollet, Smellie, Lawrence en citent chacun de leur côté. Hunter possédait un bassin dont les trois os étaient écartés presque d'un pouce au niveau des symphyses. Duverney montrait dans ses leçons un bassin semblable, provenant d'une primipare qui avait éprouvé la rupture en question et qui avait succombé en peu de jours. Olaüs Acrell, chirurgien de Stockholm, publia un cas de disjonction pendant un accouchement ; cinq semaines après la délivrance, il se manifesta un abcès sur

la région pubienne ; en ouvrant cet abcès, on s'aperçut que les os étaient séparés et altérés ; après leur exfoliation, les parties se réunirent et la femme se rétablit, mais il fallut pour cela beaucoup de peine et de temps.

Mais c'est surtout à partir de ce siècle qu'on trouve des observations plus nombreuses et plus précises.

Voici, très-résumé, le cas d'Ansiaux (1815) ; il a été souvent reproduit.

Catherine Remacle, 30 ans ; après avoir eu deux enfants, est devenue, d'après l'auteur, arthritique et rachitique au dernier degré ; est très affaiblie et horriblement contrefaite. Au moment de son troisième accouchement, se trouve dans le marasme le plus complet.

Bassin difforme et ostéomalacique, nécessitant l'intervention de l'art. Travail long et pénible. La tête ne paraît pas disposée à franchir le détroit supérieur, lorsque tout d'un coup elle s'engage dans l'excavation et l'accouchement se termine rapidement.

Trois heures après, la mère succombe. A l'autopsie, on trouve la symphyse pubienne rompue ; scules, quelques fibres du ligament antérieur avaient résisté, mais au prix d'une elongation considérable.

Cas du professeur Chaussier :

Une femme de Dijon avait fait 5 enfants, dont 3 ont vécu et 2 sont morts, ces derniers après une version laborieuse.

Enceinte une sixième fois, on fit aussi la version. Quand la tête traversa le détroit supérieur, la femme sentit un craquement terrible dans les os du bassin, craquement qui fut entendu des assistants. Cette malheureuse mère périt peu d'heures après.

Desgranges, fameux chirurgien de Lyon, est appelé auprès d'une femme primipare, qui depuis deux jours est en travail. Comme les forces de la parturiente s'affaiblissent et que la tête fœtale, quoique tombée dans la cavité du bassin, n'avancait point, il la saisit avec le forceps. Mais au moment où l'un et l'autre passèrent sous l'arcade pubienne, la symphyse se rompt et les

pubis s'écartent de plus de vingt lignes. La femme succomba le sixième jour ; l'ouverture du cadavre découvrit de grands désordres dans les symphyses du bassin.

Voici maintenant, très-résumée, l'observation de Bach (Strasbourg, 1832).

Joséphine T., 36 ans, primipare ; petite, lymphatique, goitreuse, rachitique et contrefaite au dernier point. Bassin irrégulier, mais sans rétrécissement du diamètre sacro-sous-pubien.

L'accouchement a lieu en 1830 ; présentation du sommet. Travail long, pénible, sans résultats ; M. Stoltz applique le forceps. A peine a-t-il commencé à faire de faibles tractions, qu'on entend un craquement semblable à celui qui provient de la fracture d'un os. La femme pousse un cri, plutôt par étonnement que par douleur, car elle n'en accusa aucune ; aussi ne sût-on à quoi attribuer un pareil bruit. Les contractions sont énergiques et une seule traction du forceps permit d'achever l'accouchement.

Pendant les deux jours qui suivent, rien d'extraordinaire, si ce n'est une tuméfaction des parties génitales.

Le troisième jour, il se déclare de la fièvre. La tuméfaction augmente et s'accompagne de douleurs vives. Incontinence d'urine. Les lochies deviennent rares et fétides ; l'aspect des parties génitales est inquiétant, les membres sont pris de douleurs regardées comme arthritiques. Surtout, l'état général paraît mauvais.

Au septième jour, l'état général s'est aggravé ; le decubitus dorsal, seul possible depuis l'accouchement, s'accompagne d'une immobilité absolue. En toussant, douleurs aiguës à la région pubienne ; à ce niveau, la sensibilité devient si grande que le moindre attouchement fait jeter des cris aigus à la malade.

Enfin arrivent tous les symptômes de l'infection purulente, et la femme succombe dans le coma, au vingtième jour.

A l'autopsie, lésions locales nombreuses. Inflammation dans le grand et le petit bassin de tout le tissu cellulaire qui est par place lardacé. Abscès de la fosse iliaque gauche.

Surtout, la symphyse pubienne est rompue, les os pubis sont écartés d'un pouce. Le cartilage d'encroûtement du pubis gauche est arraché de cet os et reste adhérent au pubis droit ;

ligaments rompus. Les pubis ne sont plus reliés que par une sorte de plaque charnue placée à la partie postérieure de ces os, et formée par du périoste enflammé et du tissu cellulaire lardacé.

L'espace interpubien est le siège d'un abcès, dont le pus occupe toute la région du pénil ; la face externe des branches pubiennes est dénudée et baigne dans le pus. L'effort semble avoir surtout porté sur la portion de l'arc du bassin formé par la branche horizontale du pubis gauche.

En outre, écartement des symphyses postérieures, qui sont très-mobiles ; ligaments déchirés et relâchés.

Os du bassin graciles et légers ; le détroit supérieur est de forme orbiculaire, le promontoire ne proémine pas.

L'indication du forceps avait paru formelle ; les tractions ont été des plus modérées ; personne enfin ne put soupçonner la nature de l'accident, lequel, par suite de l'absence de douleur locale, ne s'est révélé que fort tard, dans le cours de la maladie.

En 1808, dans cette même ville de Strasbourg, le professeur Lobstein avait rencontré un cas semblable.

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, primipare, petite et lymphatique. Le bassin paraît petit et retréci au détroit inférieur. Forceps.

Au détroit supérieur, craquement, puis la tête descend facilement et l'accouchement se finit vite ; déchirures du périnée.

Le second jour, douleurs à la région pubienne et incontinence d'urine ; mort dans le coma au troisième jour.

Phlogose généralisée de tous les organes pelviens. Sanie fétide ; échymoses.

Rupture de la symphyse avec écartement d'un pouce ; même disposition que dans le cas précédent. *Idem* pour les symphyses postérieures. Bassin manifestement rachitique.

Comme précédemment, présentation du sommet en O.I.G.A., et rupture du pubis gauche.

Voilà donc deux faits qui se ressemblent absolument. Ils n'ont pas peu contribué à éveiller l'attention des accoucheurs à l'endroit d'un si grave accident. A partir

de cette époque, on a signalé de tous les côtés des cas de rupture de la symphyse pubienne, lesquels, plus ou moins intéressants, ont été reproduits dans divers ouvrages et surtout dans les revues et journaux de médecine.

Je me contenterai de signaler les principaux, dans l'ordre de leur apparition, de manière à les grouper, avec leurs particularités, dans une sorte de tableau synoptique.

I. — Cas de Papavoine (*Journal des Progrès des Sc. et Inst. méd.*, 1828.)

Femme de 36 ans, multipare; à la suite d'un accident, fractures multiples du bassin, d'où difformités osseuses consécutives et définitives. Sixième couche extrêmement laborieuse; sommet; application de forceps, tractions exercées avec une violence inouïe. Déchirures, contusions, hémorrhagies, etc.; particulièrement fracture des symphyses. Mort le quatrième jour, de péritonite suraiguë. A l'autopsie, bassin déformé par d'anciennes lésions osseuses, type oblique-ovalaire. Déchirure de la vulve jusqu'à la symphyse; écartement d'un pouce et demi; urèthre et vessie intacts.

II. — Cas du docteur Lefrère, de Joinville (Haute-Marne), communiqué à l'Académie de Médecine, 1838.

Femme de 27 ans, primipare. Sommet, forceps, mouvements de rotation; craquement au détroit supérieur; l'accouchement se termine très vite. Rupture de la symphyse avec écartement de deux pouces et demi !! De plus, soulèvement en avant d'un des os pubis (le gauche), de manière à déformer le pénil et à simuler une tumeur du point. Bandage contentif, guérison en six semaines.

III. — Deux cas communiqués par Boddaert à la Société de Médecine de Gand (1853).

Première femme, multipare, devenue arthritique au dernier point; rétrécissement notable du diamètre antéro-postérieur.

Sommet. Applications de forceps sans résultats. On emploie alors le levier (!) en prenant un point d'appui sur le pubis (!) ; la symphyse craque et la tête descend.

Deuxième femme dans les mêmes conditions ; on essaye le même moyen (!), résultat identique.

Dans les deux cas, les enfants étaient morts avant l'opération ; quant aux deux mères, elles se sont rétablies ; mais leur marche est restée longtemps vacillante.

L'auteur semble se féliciter du procédé qu'il a mis en pratique et du résultat qu'il a obtenu !

IV. — Cas du docteur Delore, à la Maternité de Lyon, 1862.

Femme de 27 ans, primipare ; bassin régulièrement retréci. Sommet en O. I. G. A. Application de forceps, tractions prolongées, craquement et dégagement brusque de la tête. Rupture de la symphyse ; incontinence d'urine. Mort dans le marasme, au vingtième jour. — Séparation de 28 millimètres entre le pubis gauche et le fibro-cartilage, espace baigné de pus (arthrite purulente).

V. — Cas du professeur Grenser (*Monatsschrift für Geburtk.*, 1863.)

Rupture se reproduisant à l'occasion de deux couches chez une jeune paysanne très-robuste, dont la grossesse s'est écoulée sans accident. La tête s'arrête au détroit supérieur ; efforts considérables de la parturiente, et la descente s'opère au prix d'un écartement des symphyses. Pas de craquement ; mais douleur fort vive et localisée à ce niveau. Immobilité absolue des membres inférieurs ; ténesme vésical très-intense, rétention d'urine. Ceinture, émollients, sangsues. Guérison en trois semaines.

VI. — Cas de la femme Vinoit (Registres de la Maternité de Paris, 1864)

Primipare ; bassin irrégulièrement vicié ; diamètre antéro-postérieur de 10 centimètres. Présentation de la face en M.I.D.P. La dilatation ne se fait pas ; vessie à tamponnement, puis cinq incisions pour débrider. Application de forceps par le professeur Guyon, tractions méthodiques, mais fortes. Cra-

quement et descente de la tête ; écartement assez considérable de la symphyse avec douleur et immobilité des membres inférieurs.

Bassin immobilisé dans une sorte de boîte remplie de son. Fièvre, état général grave. Incontinence d'urine. Traitement des plus énergiques.

Maladie longue et rigoureuse, due à une arthrite traumatique des symphyses du bassin; il y eut une suppuration prolongée de la symphyse pubienne avec nécrose d'une des facettes articulaires et destruction de l'extrémité antérieure de l'urèthre.

Guérison définitive six mois après ; on trouve à ce moment encore, au niveau de la symphyse, un espace dans lequel on peut mettre à plat le petit doigt et borné de tout côté par du tissu cicatriciel. C'est l'ancien foyer de suppuration de la symphyse. Celle-ci a été détruite en partie; mais il n'y a plus ni douleur, ni mobilité anormale. Marche nullement compromise. L'urèthre n'a été atteint que par l'arthrite et non au moment de l'accident; il est élargi et raccourci, d'où incontinence irrémédiable d'urine qui nécessite un appareil à pelote.

VII. — Cas de Ahlfeld (Jahresbericht, 1869).

Femme multipare, légèrement rachitique ; os du bassin grêles et faibles, diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres seulement.

Forceps. puis céphalotripsie. Aussitôt après la terminaison de l'accouchement, douleur vive à la symphyse. Rupture complète, écartement de 3 centimètres et demi ; séparation entre le pubis gauche et le fibro-cartilage. Abscès de l'articulation et des parois vaginales.

Morte de péritonite le 5^e jour.

VIII. — Cas du professeur Depaul (Hôpital des Cliniques, 1876).

Femme de 18 ans, saltimbanque, maigre ; primipare. Bassin régulier, diam. antéro-post, de 6 centimètres et demi, après déduction. Forceps, tractions vigoureuses et sans résultats ; puis céphalotripsie. Enfant de 2,500 grammes. Après l'accouchement, on trouve une disjonction des symphyses, avec écartement de 3 à 4 centimètres. Eschares du vagin, incontinence prolongée d'urine. Guérison en trois mois. La rupture est ici due à la gracilité des os et aussi au volume de l'enfant.

IX. — Cas de Wahl (Aerztliches Jutell., München 1877).

Femme de 38 ans, primipare bien portante ; bassin absolument normal. Forceps, accouchement assez rapide. En examinant tout de suite après, le doigt reconnaît, par le toucher vaginal, deux surfaces rugueuses provenant d'une rupture de la symphyse. De plus, l'urèthre est fortement tirailé et même déchiré dans sa partie postérieure.

Il n'y eut pas de douleurs localisées ou particulières... Vingt jours après, l'urèthre contient de minces esquilles osseuses qui s'étaient détachées du lieu de la fracture ; il y avait donc eu nécrose des pubis.

Guérison complète en 6 semaines.

Tels sont les principaux cas de rupture reproduits dans les ouvrages qui ont traité à la question, notamment dans la thèse de M. Budin, au chapitre des lésions osseuses. J'ai pu en outre en parcourant les revues étrangères, rencontrer trois autres faits du même genre, récents du reste et fort intéressants, dont deux en Allemagne et un en Amérique. Il est probable que bien d'autres auront échappé à mon attention.

Quoi qu'il en soit, comme ces observations sont très-bien présentées et qu'elles jettent un certain jour sur la question ; comme d'autre part, je ne pense pas qu'on les trouve reproduites ou même indiquées dans aucun ouvrage français, je crois pouvoir les citer tout au long.

La première en date est du docteur H. Eidam et se trouve dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, de 1877. Elle est intéressante par le fait de l'absence de symptômes locaux au moment de l'accident. L'auteur insiste sur les bons résultats obtenus par l'application d'une ceinture autour du bassin, et il conclut que les ruptures de la symphyse pubienne, ne s'accompagnant pas toujours de déterminations locales, sont souvent méconnues dans la pratique et devraient être

recherchées avec plus d'attention. Voici l'observation dans son entier :

Cas de rupture de la symphyse pubienne pendant l'accouchement, communiqué par le docteur Henri Eidam, médecin praticien à Cobourg, ex-médecin-adjoint à la clinique d'Erlangen.

A cause de la rareté des cas de rupture de la symphyse pendant l'accouchement, on trouvera sans doute bon que nous en présentions un qui vient de se produire à la clinique gynécologique d'Erlangen et qui se termine du reste par la guérison.

Cette communication originale trouve d'autant mieux sa place ici que ces cas de rupture ne sont pas aussi rares qu'on veut bien se l'imaginer. Il n'est donc pas superflu de rappeler aux praticiens cette complication obstétricale, et de les engager à rechercher plus attentivement les faits semblables et à les faire connaître lors de leur production.

Marguerite Kr. âgée de 30 ans, entrée le 10 avril à 5 heures du soir, à l'hôpital, taille moyenne, constitution assez bonne. Elle a déjà accouché 3 fois, les deux premières fois d'enfants morts et putréfiés (*tottbaule*) et la troisième fois d'un enfant bien portant. La durée des couches n'a rien eu d'anormal.

Les douleurs ont commencé ; la poche des eaux se rompt. A la palpation, on trouve à gauche de petites parties, et à droite des parties résistantes ; les bruits du cœur sont faibles et ne s'entendent qu'au niveau du nombril. Une grosse partie (le siège) ayant dévié vers la gauche du bassin, une partie plus résistante (la tête) se trouve dans le haut de l'utérus vers la droite du bassin. Au toucher, le col est un peu raccourci, ouvert dans toute la longueur et laisse pénétrer deux doigts dans la cavité utérine. Les souffrances sont faibles et intermittentes.

A 7 heures du soir, l'orifice de la matrice mesure à peu près un thaler ; vers le promontoire on sent la saillie des côtes et des vertèbres. C'est donc une deuxième position de l'enfant qui se présente, l'épaule droite couchée en avant, le dos en arrière.

Pendant la nuit le travail n'avance guère ; le col ne s'efface pas et l'épaule droite est adossée à la symphyse. Souffrances insignifiantes.

11 avril. A 9 heures du matin, le col est dilaté et la matrice ouverte. On soumet la malade à la narcose chloroformique et on se livre à des manœuvres externes, qui ont pour résultat de faire remonter la tête et de ramener le siège à gauche, le sacrum tourné vers la droite. Dans le courant de la journée la dilatation s'achève. La malade présente une augmentation de T. Elle a 39.5

Le soir à 6 heures la matrice devenue plus ramollie, donne accès à la main ; le dos de l'enfant est contre le promontoire et ses jambes remontées le long de la symphyse. Les bruits du cœur sont perceptibles. On peut amener le pied gauche au-dessous de la symphyse et l'enfant finit par être extrait, de façon que son dos, qui était d'abord tourné en arrière est dirigé en avant pendant la descente du corps. Il est du reste profondément asphyxié et ne peut-être, malgré de nombreux essais, rappelé à la vie.

La malade ne présente rien de particulier jusqu'au 12 avril au soir, si ce n'est une petite sensibilité douloureuse qu'elle ressent vers le bas-ventre. A ce moment pas de fièvre. Mais ce jour même, vers les 10 heures du soir, elle est prise de frissons. La T. monte à 40.7. Le pouls est ferme et compte 120 pulsations. Compresse de Priesnitz sur le ventre. et hydrate de chloral.

Le 13 avril elle ressent une douleur au niveau de la symphyse ; l'action de s'asseoir sur sont séant ou de remuer tant soit peu les jambes lui occasionne des souffrances intolérables ; comme elle attribue cela à des lésions d'organes internes, on la visite plus à fond.

L'utérus est presque insensible et dépasse à peine le nombril ; le bas-ventre est libre ; seule, la région de la symphyse et les points correspondants sont très-douloureux.

Au toucher, la douleur est encore plus grande, de sorte qu'on ne peut mettre le doigt que très légèrement sur la surface plane qui forme la face postérieure de la symphyse. Les mouvements soit actifs soit passifs des extrémités inférieures arrachent des cris à la malade, qui localise très-bien la douleur à la symphyse.

Nous portons donc le diagnostic de disjonction de cette symphyse et on applique aussitôt une ceinture de bassin (*Beckengürtel*). Pas de difficulté de miction ; T. M. — 39.7 avec pouls. 83. T. S. — 41. 4. avec P. — 92.

14. avril. La douleur diminue et s'exaspère seulement par la pression. Purgation avec huile de ricin; la pression devient moins douloureuse. Etat général bon, diminution de la T.

15 avril. L'amélioration se continue, on enlève la ceinture.

16 avril, Forte transpiration; dans l'après-midi, douleurs légères ayant leur siège dans la jambe gauche; celle-ci reste immobile pour ne pas provoquer de vives souffrances; on remet aussitôt la ceinture, la fièvre est tombée.

17 avril. Etat général bon; douleur nulle quand la malade repose tranquillement.

19 avril. La pression est insensible sur la symphyse même et douloureuse au-dessus. Intérieurement, toute la symphyse est douloureuse, surtout du côté gauche vis-à-vis de l'insertion du muscle pectiné.

La malade repose tranquillement munie de sa ceinture, les jambes allongées, jointes et immobiles. Pas de douleurs spontanées, pas de fièvre.

Le 27 avril. Nouvel examen. Avec beaucoup de précautions, la malade évacue sa chambre de la clinique. Extérieurement la pression ne produit rien sur la symphyse; à l'intérieur elle provoque de la douleur et la région paraît gonflée. Etat général bon.

La malade repose tranquillement, toujours dans la même position et évite craintivement tout mouvement. Bientôt, comme la pression intérieure de la symphyse n'éveille aucune douleur, on essaye de la faire quelque peu marcher, la première fois au 4 mai.

Dans cet essai, elle ose à peine poser les pieds sur le sol et elle ressent une douleur à l'endroit malade. En touchant la symphyse pendant ces essais de marche, on peut s'assurer que la consolidation n'est pas encore complète.

7 mai. Nouvel essai, plus fructueux. La malade chancelle un peu, ce qui la surprend elle-même, car elle ne ressent plus aucune douleur à la symphyse.

12 mai. La symphyse n'est douloureuse ni au dehors ni au dedans; mais elle est démesurément gonflée; son diamètre mesure 4 centimètres et demi au pelvimètre de Van-Huevel; elle est ferme.

L'utérus est gros, mal revenu sur lui même, fortement anté-fléchi, mais non douloureux; les annexes sont libres. La malade s'en va.

Le cas est intéressant pour plusieurs raisons, et diffère de la plupart des faits analogues connus. Le diagnostic en était indiscutable, et les symptômes devaient éloigner l'idée de toute autre lésion : ainsi, une forte douleur survenant spontanément, très-bien localisée, s'augmentant par la pression et aussi les mouvements des jambes, l'allègement immédiat procuré par l'application d'une ceinture, enfin les résultats rapides et surprenants de cette méthode curative, etc, etc.

Au début on trouvait bien de la sensibilité dans la région abdominale et notamment la pression était douloureuse vers la droite de l'utérus. Mais ces signes disparurent de bonne heure, tandis que les douleurs au niveau de la symphyse et la parésie des membres inférieurs durèrent fort longtemps.

Dans les autres cas, on indiquait comme signe caractéristique la possibilité de placer un doigt entre les extrémités disjointes de la symphyse. Ici, en raison des douleurs extraordinaires, il fut impossible de constater si les deux pubis étaient restés unis : peut être chez cette femme ne l'ont ils jamais été : peut être encore l'écartement a-t-il été prévenu par l'usage immédiat de la ceinture. Il n'est donc pas nécessaire de donner une importance absolue à l'état de la jointure, puisque dans notre cas c'est seulement un jour après l'accouchement qu'apparurent les symptômes.

Généralement on dit que la douleur se produit au moment même où s'opère la disjonction, pendant l'accouchement. Dans notre cas on ne peut constater rien de semblable, soit avant, soit pendant ou après l'accouchement.

La sensibilité douloureuse qu'on trouve à ce niveau fut rejetée sur le compte d'autres causes, d'ordre sans doute inflammatoire, et ce n'est du reste que lorsque la malade essaya de faire quelques mouvements que se produisit une douleur cuisante à la symphyse.

Autre différence, c'est d'ordinaire à la suite de fausses positions du sommet ou de puissantes opérations (généralement une application de forceps) que se produisent la plupart de ces désastres. Ici nous avons une présentation du siège et une extradition en somme simple et peu pénible.

L'accident a dû trouver son origine dans un état particulier de l'articulation, laquelle présentait une moindre résistance, qui était due elle-même soit à un affaiblissement des masses ligamenteuses, soit au relâchement de la symphyse pendant le temps de la grossesse ; ce relâchement peut du reste être

considéré comme une augmentation du jeu normal des articulations du bassin à l'état ordinaire.

Il ressort aussi de notre examen qu'il n'y avait pas de rétrécissement du bassin. On sait, en effet, qu'un rétrécissement soit oblique, soit même quelconque peut, surtout si on exerce de vigoureuses tractions, être l'origine de pareils désastres.

Une chose surprenante, c'est le résultat immédiat obtenu par l'application de la ceinture et aussi la disparition de la fièvre et le bien-être général qu'on observait aussitôt que les deux extrémités du bassin étaient régulièrement refixées. On peut certainement attribuer à l'emploi immédiat de la ceinture le peu d'inflammation locale qui suivit l'accident et surtout le manque de symptômes du côté de la vessie. Les derniers, en effet, s'observent d'ordinaire en pareils cas.

Si la lésion n'est pas diagnostiquée de suite et si on ne songe pas à appliquer le seul traitement rationnel, c'est-à-dire la ceinture, il ne sera point rare de voir survenir à ce niveau une forte suppuration suivie elle-même d'une terminaison fatale, ou tout au moins d'une longue, pénible et douloureuse convalescence.

Peut-être même de pareilles disjonctions, méconnues et suivies finalement d'une terminaison favorable, constituent-elles à elles seules l'origine d'un grand nombre de puerpuéralités douloureuses, qui s'accompagnant d'un séjour forcé au lit et de l'impossibilité de remuer les membres inférieurs, ce qu'on mettait sur le compte d'une paralysie.

La seconde observation est du docteur Adams, et se trouve dans le *Med. and Surg. Journal*, de Boston, 1878. La rupture se produit ici au détroit supérieur, avec craquement, à l'occasion d'une application de forceps; il y eut une déchirure du vestibule et de la vessie, avec infiltration d'urine dans le petit bassin.

L'auteur essaye longuement de disculper le forceps et son intervention dans la production de cet accident, et il conclut par cette idée tout au moins originale, que, dans l'espèce, la symphyséotomie aurait fort bien fait l'affaire, en permettant à l'accouchement de se produire dans les meilleures conditions possibles.

Une pareille appréciation ne doit pas nous surprendre en Amérique, où l'on voit la routine côtoyer étrangement le progrès, en chirurgie du moins. Voici du reste l'observation dans toute son étendue.

Cas de rupture de la symphyse pubienne durant le travail par le docteur Z.-B. Adams, de Framingham.

Il s'agit d'une dame B... cliente du docteur Cowles, de Saxonville, âgée de 42 ans, taille moyenne, bien constituée, maigre et pesant 112 livres, primipare; arrive au terme complet de sa grossesse le 4 février au matin.

Elle a joui d'une bonne santé pendant la gestation, quoique durant les dernières semaines elle ait présenté de l'œdème des mains, des pieds et des jambes.

A cette date du 4 février, elle eût une perte de liquide amniotique, mais sans douleur et sans autre symptôme. Elle fut visitée par le docteur Cowles, qui ne constata aucuné dilatation du col, pas plus que des contractions ni autres signes de travail.

Néanmoins, le 5 février au matin, vers les 5 heures, les douleurs commencent; le col est encore dur, mais il admet l'extrémité du doigt. Les douleurs elles-mêmes sont modérées et sans résultats bien appréciables. Présentation du sommet.

A 4 heure et 1/2 de l'après-midi les douleurs sont plus vives, le col est rigide; la dilatation mesure un pouce et demi de diamètre. Etat général bon, mais la tête n'avance pas. On donne du tartrate d'antimoine, et on place la malade sur un vase rempli d'eau chaude.

A 3 heures, la tête n'a pas encore avancé; diamètre du col de deux pouces, mais pas de ramollissement. Douleurs parfois vives, mais sans résultats.

Appelé en consultation, j'arrive à 4 heures 1/2 et trouve la malade dans la même situation. Position occipito-iliaque droite antérieure; dilatation de deux pouces et demi, douleurs plus vives.

On donne du tartrate d'antimoine en lavement pour dilater le col de façon à faire une application de forceps.

Effectivement, au bout de quelques instants la dilatation est suffisante et les douleurs ont un caractère franchement expulsif, en un mot les conditions paraissent favorables pour cette opération. La malade est éthérisée; on vide la vessie et on in-

trouduit le forceps long de Simpson. Application oblique assez pénible, mais faite avec tout espèce de précautions.

Les douleurs se continuent régulièrement, mais on ne peut songer à exercer des tractions avec le forceps, en raison de la rigidité invincible du col qui à chaque douleur comprimait les branches de l'instrument comme une corde tendue. Le forceps est desserré dans l'intervalle des douleurs et ajusté de nouveau au début de chacune d'elles.

L'enfant est toujours vivant, et les diamètres du bassin sont suffisants pour lui donner passage, si toutefois le col venait à se dilater.

A six heures du soir, pas de résultats ; l'éther est suspendu.

Il y avait deux heures que le forceps était en place ; je priai le docteur Cowles de prendre les poignées pour que je pusse à loisir examiner les parties, et voir si aucune pression anormale ne venait gêner le col. A ce moment, se produisit une douleur très vive, et le docteur Cowles opéra une traction en bas et en arrière. Ce fut alors que quelque chose se relâcha avec un craquement aigu, assez fort pour être entendu de tous les assistants.

Redoutant une rupture de l'utérus, je regardai la malade ; elle n'avait pas bronché ; sa contenance était bonne.

A partir de ce moment, le col se dilate vite, les douleurs continuent et la tête avance. On donne un drachme de vin d'ergot et en 20 minutes on obtient un enfant vivant, avec de légères tractions de forceps, qu'on avait laissé en place, les conditions s'étant de la sorte tout d'un coup améliorées.

Lorsque la tête traversa l'excavation, il y eut quelque douleur à la région du pubis. L'enfant pesait huit livres, la délivrance fut des plus simples, et on donna une dose complète d'ergot et d'opium. Durant toute la nuit, l'état resta bon.

Le lendemain, la malade se plaint d'une sensibilité exagérée vers la symphyse ; mais pas de douleur en dehors des pressions qu'on exerce à ce niveau. Les parties sont si gonflées et si tendres qu'on ne tente aucun examen et on donne un peu d'opium. Bientôt apparaît de l'incontinence d'urine ; le pouls est rapide, soif vive ; mais jamais de symptômes de métrite ou de péritonite.

Quatre semaines après l'accident, la malade est éthérisée et examinée ; on trouve une séparation complète de la symphyse ;

un intervalle de deux pouces sépare le bord articulaire du pubis droit d'avec le fibro-cartilage et les ligaments déchirés qui ont suivi le pubis gauche auquel ils adhèrent. La paroi antérieure de la vessie est déchirée et même le vestibule du vagin. Cette lésion du vestibule jointe à la grosseur de l'urètre, lequel admettait très-bien le doigt, permit d'explorer à fond et la symphyse et la vessie. La partie postérieure, le sommet et la base de la vessie sont intacts ; de même le vagin, cependant sa paroi postérieure paraît irritée par suite de la présence de l'urine échappée de la vessie. Le col est élevé, sain ; de même l'utérus, que l'on examine très aisément à la sonde sans le moindre accident.

Les bords du bassin, le promontoire et le sacrum sont soigneusement examinés et ne présentent rien d'anormal. Les diamètres sont évidemment changés et leur mesure est devenue incertaine.

Des accoucheurs prudents et expérimentés professeront sans doute qu'on ne doit jamais appliquer le forceps avant la dilatation complète du col ; mais il est néanmoins bien difficile de trouver une connexion entre notre application de forceps et l'arrivée imprévue de l'accident. Ici, en effet, l'instrument ne glissa jamais ; sa situation sur la tête de l'enfant et ses rapports avec les os du bassin furent maintes fois et soigneusement examinés. Son application ne fut jamais modifiée et on n'essaya pas du reste de le changer de place ; l'ajustement des cuillers et de l'articulation fut soigneusement conservé, car il n'était pas possible d'en trouver de plus favorable. Le forceps ne fut ni tordu ni rompu, mais seulement retiré avec la tête de l'enfant, qu'il tenait engagée entre ses branches. Cette tête fut du reste examinée avec soin et montra une application des plus correctes.

On ne peut donc admettre une lésion quelconque des parties molles du bassin par le forceps. Quant à la lacération de la paroi antérieure de la vessie, elle doit être attribuée à l'action même du bord déchiré de la symphyse osseuse, peut-être pendant le passage de la tête. Le docteur Cowles m'assura en outre qu'au moment de la rupture il n'avait pas mis la moindre vigueur inaccoutumée dans les tractions. C'est aussi ma propre impression confirmée par l'examen méticuleux de la tête de l'enfant, au point de vue des marques, qui étaient insignifiantes. Du reste, au moment même, j'avais les doigts autour des cuillers, examinant, comme il a été dit, l'état du col, et

je n'ai rien senti d'insolite dans la manœuvre de l'instrument.

Dans ces conditions, nous sommes en droit de penser que cette rupture fut causée par la pression de la tête fœtale sur la symphyse pendant le travail, soit que cette pression exagérée fût due aux vigoureux efforts expulsifs de l'utérus, soit qu'elle fût produite par les tractions du forceps, soit, enfin, qu'elle ait eu pour cause ces deux forces combinées. Du reste, il ne put être constaté que cette femme eût une exostose, une difformité ou une maladie quelconque du bassin, du moins notre examen ne produisit rien de semblable.

On me permettra une récapitulation :

Femme de 42 ans, primipare, bien conformée. Rupture des eaux 24 heures avant le début du travail. Tête fixée pendant de nombreuses heures au détroit supérieur ; col rigide, *non dilaté*. Application de forceps. Au moment d'une contraction accompagnée d'une traction, il se produit une fracture de la symphyse avec un fort craquement.

A partir de ce moment, le travail change d'aspect et est rapidement terminé.

La mère et l'enfant sont vivants. Ce dernier se porte bien ; quant à la mère, aujourd'hui (mois de juin) elle se promène un peu dans sa chambre, et est en voie complète de guérison.

Quoique de nos jours la symphyséotomie par la méthode de Sigault soit une opération pour bien des raisons abandonnée, on peut se demander si dans un cas semblable où l'obstacle paraît venir d'une obstruction de la ceinture du bassin, il n'y aurait pas lieu de recourir à cette opération, de façon à terminer le travail *citò, tutò et jucundè*. Deux de ces conditions, sinon la troisième (*tutò*), furent remplies dans notre cas par la rupture accidentelle de la symphyse pubienne.

La troisième observation est de Hecker, dans le *Klinik für Geburtskunde*, Leipsig, 1880. Comme elle est très-longue, nous la donnons résumée, en éliminant les détails qui n'ont pas trait spécialement au sujet qui nous occupe.

Bassin irrégulier et ostéomalacé au plus haut degré ; rétrécissement unilatéral, Application de forceps, lésions nombreu-

ses ; déchirure des cartilages de la symphyse ; mort le 17^e jour de couches.

Femme de 31 ans, multipare, qui entre à la Polyclinique le 19 octobre, pour accoucher. Son état est si déplorable qu'on songe aussitôt à une maladie constitutionnelle, à une cachexie très-avancée. Amaigrissement extrême, figure pâle, yeux excavés, voix faible, œdème des jambes, etc. Les membres inférieurs sont tenus repliés sur le ventre, dans une immobilité complète, et on ne peut les remuer sans provoquer de fortes douleurs. L'examen de la poitrine dénote de graves lésions internes ; effectivement, il y a un an que cette femme est malade, et trois mois qu'elle ne quitte pas le lit.

Telles sont les conditions dans lesquelles sa grossesse est arrivée à terme ; quant à l'enfant il est très-probablement mort depuis plusieurs jours.

Les épines iliaques antéro-supérieures présentent un rapprochement inaccoutumé. L'examen interne du bassin ne peut donner tous les résultats attendus, à cause des difficultés que l'on trouve à le pratiquer, surtout de la part des jambes qui se refusent à tout mouvement.

On peut néanmoins constater que le bassin est vicié et irrégulier : l'arcade pubienne est transformée en un angle très-aigu, et les ischions sont rapprochés ; le promontoire est facilement accessible.

D'autre part, cette femme avait déjà accouché deux fois d'enfants vivants et sans les secours de l'art, dans le temps normal ; la dernière couche remonte à plus de 2 ans.

Dans ces conditions, on ne pouvait douter de la nature des malformations pelviennes qu'elle présente actuellement. On dût admettre une ostéomalacie de date récente, dont le début ne doit pas être de beaucoup antérieur à la maladie constitutionnelle dont il a été question ; elle remonte donc à un an environ.

La dilatation commence, la tête est engagée, on croit devoir abandonner à la nature le soin de cet accouchement.

Le 24 octobre, rupture de la poche des eaux ; celles-ci ont une odeur fétide et une couleur de mauvaise nature. Bientôt la tête franchit le col et descend dans l'excavation. Une fois tombée sur le périnée, comme elle n'avancait plus du tout et que la rotation faisait défaut, on crut devoir terminer l'accouchement par le forceps, d'autant plus que les os de la tête étaient mous et faciles à déplacer, par suite de la macération du fœtus, et

qu'on ne devait pas s'attendre à une grande résistance de ce côté.

C'est avec une peine inouïe que l'on fait prendre à la malade une position favorable et qu'on procède à l'opération. La branche gauche est introduite sans la moindre difficulté ; on avait d'ailleurs pendant ce temps de l'opération, involontairement perforé avec l'index la grande fontanelle et produit un écoulement de matière cérébrale. Il ne fut pas non plus très-difficile d'introduire la branche droite et d'articuler. On fit trois tractions moyennes, pendant lesquelles on vit la tête s'avancer subitement et avec force au dehors, de façon qu'elle se dégagait complètement et sans autre aide. Le reste suivit aisément. L'enfant était de taille moyenne et portait les traces d'une putréfaction assez avancée ; il exhalait une odeur horrible.

La délivrance fut bonne ; l'utérus se contracte bien, et la malade, qui n'a pas extraordinairement souffert, est simplement très-affaiblie.

Les premiers jours après les couches paraissent bons, si bien qu'on ne croit pas devoir laisser subsister les craintes qui n'avaient pas manqué de se produire quand on avait vu la tête se dégager d'une façon aussi soudaine. On avait en effet soupçonné à ce moment une rupture de la symphyse pubienne, en raison de ce phénomène insolite, mais il avait été impossible de s'en assurer, à cause des difficultés que présentait l'examen des parties intéressées.

Les choses en étaient à ce point, lorsque le 24 octobre, troisième jour de lit, des changements surprenants s'opèrent chez la malade. Le soir, des frissons ; puis survient une diarrhée profuse. Abattement extrême, traits décomposés, langue sèche, extrémités froides. Le pouls est à 128 ; le ventre est météorisé, très-sensible à la pression ; il y a incontinence d'urine et des matières fécales. Ces dernières ne tardent pas à provoquer l'apparition d'eschares au sacrum.

L'état ne s'améliorant pas, on transporte la malade à l'hôpital, le 3 novembre. A ce moment se développe un œdème considérable de la jambe gauche, résultat évident d'une obstruction veineuse. Le 6 novembre, un nouveau frisson, très-violent, avec sueurs profuses. Les symptômes précédents s'aggravent encore, leseschares gagnent en étendue, le marasme est complet ; enfin cet état se termine par la mort le 7 no-

vembre au soir, c'est-à-dire le 17^e jour après l'accouchement.

Autopsie le lendemain. Emaciation extraordinaire, œdème énorme du membre inférieur gauche. Tout le squelette est d'un tissu raréfié et ramolli ; ainsi la colonne vertébrale se laisse ouvrir avec une extrême facilité ; la table interne du crâne est à l'état de membrane molle et granuleuse, l'acide acétique n'y révèle aucune trace de sels calcaires.

Cerveau dur, anémié ; l'arachnoïde rachidienne présente une coloration ardoisée.

Tubercules disséminés dans tous les poumons ; au sommet, petites cavernes communiquant entre elles ; autour, tissu sclérosé.

Viscères hypertrophiés. L'utérus lui-même est un peu gros. Sur le col, eschares jaunes diphthéritiques, avec perforations se dirigeant les unes vers la vessie, les autres vers le rachis.

La paroi antérieure de la vessie est baignée par du pus et en rapport avec le cartilage déchiré et disjoint de la symphyse pubienne. Tout l'intervalle entre les deux pubis séparés est rempli par une sanie putride.

La veine iliaque primitive présente un énorme caillot adhérent et friable, se prolongeant jusque dans la veine fémorale.

Le fémur droit présente des caractères d'ostéoporose ; le col en est raccourci et fait un angle droit avec le corps de l'os. Cette disposition a dû entraîner pendant la vie et le séjour au lit une pression continuelle sur une des moitiés du bassin, ce qui n'a pas peu contribué à la déformation unilatérale de celui-ci.

Le bassin préparé présente les caractères d'une ostéomalacie avancée ; il ne pèse que 300 grammes et son tissu est partout très-poreux. Le sacrum est fortement incurvé, la pointe du coccyx se dirige en avant, en déviant vers la gauche, pour la raison qu'on vient d'indiquer. La circonférence du détroit supérieur présente à gauche une forte saillie au niveau du tubercule iléo-pectiné, tandis qu'à droite cette portion de l'arc pelvien est presque rectiligne. Enfin toute la moitié droite du bassin se trouve considérablement plus élevée que l'autre.

Cette différence tient à la disposition particulière du fémur droit et à l'excès de pression qui s'exerçait de ce côté : elle tient aussi à un degré de ramollissement plus avancé de ce

même côté. Ainsi la branche droite de l'arcade pubienne est fortement contournée en S., sans doute par le seul fait de l'émission d'urine. De même l'aile droite du sacrum est comprimée et comme pliée sur elle-même. En vertu de son incurvation le sacrum avance fortement, au niveau du promontoire, dans la cavité du bassin; le diamètre sacro-sous-pubien est de 3" 10". Les tubérosités ischiatiques sont distantes de 2" 3".

Comparons ces données avec les faits observés durant la vie. Il est probable que notre malade en proie à une cachexie phymique des plus avancées, a succombé à une phlébite de la veine iliaque primitive, avec thrombose consécutive, dont l'apparition s'est manifestée par des frissons et le rétablissement de la fièvre. Quant à la phlébite elle-même, elle tirait son origine des lésions que nous avons constatées dans les organes pelviens (vessie, utérus, etc.); enfin ces dernières étaient évidemment le résultat des contusions et meurtrissures provoquées à ce niveau par le fait même de l'accouchement.

Les eschares du col de la matrice sont sous la dépendance de l'état puerpéral, et les manifestations du côté de la vessie sont directement produites par la rupture de la symphyse pubienne.

Quant à cette dernière, elle n'était évidemment pas antérieure à l'accouchement; elle n'a pas dû même se produire lors du passage de la tête au détroit supérieur, à cause de la putréfaction avancée du fœtus. Le crâne était non-seulement ramolli, mais amoindri par une perforation accidentelle; enfin le rétrécissement siégeait surtout à droite, et il n'y avait pas à gauche de bien grands obstacles à surmonter.

Remarquons toutefois que le canal pelvien est très-étroit dans toute sa longueur et l'on s'étonne que l'application du forceps ait pu si aisément réussir, car enfin on n'employa que tout juste les forces nécessaires pour extraire une tête tombée sur le périnée; la traction était donc insuffisante pour produire une rupture mécanique de la symphyse. Enfin, les contractions utérines n'ont jamais été bien puissantes.

Cet accident serait plus facilement explicable si on avait pu constater au préalable une mobilité anormale de l'articulation, et si les os du bassin s'étaient considérablement élargis à l'époque de l'accouchement, comme cela a lieu dans la

variété d'ostéomalacie dite condensante (*cerea seu coherens*).

Or l'examen du squelette tout entier, surtout celui du fémur et du bassin montrait qu'on avait ici affaire à la variété d'ostéomalacie dite raréfiante (*fracturosa*).

On pouvait du reste invoquer la pigmentation ardoisée de l'arachnoïde rachidienne pour expliquer la parésie des membres inférieurs, en rapportant cette dernière à une maladie de la moëlle. Enfin, l'ostéomalacie elle-même et toute seule pouvait à la rigueur suffire pour donner la clef de cet état paralytique et prolongé des jambes, ainsi que des violentes douleurs qui se produisaient à leur niveau quand on voulait leur imprimer le moindre mouvement.

Les causes ici sont donc multiples, en raison même des conditions pathologiques aussi complexes que défavorables, présentées par cette malade.

Dans ce dernier cas, la malade est morte d'une phlébite intercurrente, qui l'a vite emportée, agissant sur un organisme très-affaibli. Les lésions du côté de la symphyse se ressentent de ce mauvais état général, mais ne rappellent pas toutefois celles de l'arthrite purulente ou puerpérale; elles n'ont eu qu'une importance secondaire, une évolution peu bruyante et inaperçue, au milieu des autres symptômes.

Voici maintenant deux observations plus significatives relativement à l'accident qui nous occupe, et dans lesquelles la rupture de la symphyse pubienne a une valeur tout autre, de façon à dominer pour ainsi dire la scène. Nous les devons à l'obligeance de M. Albert Cayla, interne des hôpitaux.

OBSERVATION 1^{re}. — Primipare, bassin ostéomalacique. Disjonction des symphyses; arthrite purulente; mort en cinq jours.

Louise L., 20 ans, constitution faible. A été réglée à 15 ans; menstrues régulières. Vers le 20 novembre 1880, les règles disparaissent, marquant le début d'une grossesse. Elle nous arrive le 3 septembre 1881, à la fin de son neuvième mois; les membranes se sont rompues avant tout début de travail.

Présentation en O. I. G. T. Le doigt pénètre dans le col ; promontoire très-saillant. Diamètre sacro-sous-pubien — huit centimètres huit millimètres sans déduction.

En parcourant avec l'index l'aire du détroit supérieur, on remarque que la circonférence présente une très-grande irrégularité.

A gauche l'excavation paraît régulière, mais de dimensions petites. A droite au contraire, on rencontre, en promenant le doigt, une saillie au niveau de l'éminence iléo-pectinée, saillie qui avance dans le bassin, dont elle rétrécit considérablement l'aire utile. Du reste, même disposition de l'autre côté, bien moins marquée toutefois.

Le bassin ne présente pas d'obliquité, cette saillie des éminences iléo-pectinées rappelle la comparaison classique d'un cœur de carte à jouer.

Rien dans l'aspect de la malade n'aurait pu faire supposer une irrégularité aussi grande du bassin. Le ventre est très-développé ; obliquité très-grande de l'utérus de haut en bas et de droite à gauche. Bruits du cœur fœtal réguliers, bien frappés, superficiels ; leur maximum est à gauche, à quatre travers de doigt en dehors de l'ombilic.

Le lendemain, au matin, la dilatation n'a pas fait de progrès. La présentation est très-élevée et presque inaccessible au toucher vaginal. La malade perd encore ses eaux par moments ; l'utérus est comme tétanisé ; la tête fixée, la position paraît définitive.

Pendant tout le jour, contractions fortes et nombreuses. Le troisième jour, lundi matin, la dilatation est comme une pièce de 1 franc. Le col est effacé, aminci. Pommade belladonnée, lavement de chloral.

Lundi soir, l'orifice est comme une pièce de 2 francs ; les battements fœtaux sont moins forts et même irréguliers ; le deuxième bruit disparaît par moments. Contractions fréquentes ; pouls rapide. L'enfant est épuisé ; l'enfant perd du méconium.

Mardi matin. La tête commence à s'engager ; on constate une bosse sanguine ; la fontanelle postérieure est accessible, elle est située à gauche. La tête est dans le diamètre oblique gauche.

Application du forceps Tarnier à 10 heures du matin. Introduction de la branche gauche. Application très-oblique ; le manche est placé presque de champ ; il est fortement re-

porté vers la droite et en bas. L'introduction est assez laborieuse.

Introduction de la branche droite. Contrairement aux prévisions qu'on pouvait avoir, en raison de la saillie osseuse signalée plus haut, l'introduction est assez facile.

La branche introduite directement à droite accomplit un mouvement de spirale qui la fait glisser sous le pubis ; les branches s'articulent aisément.

Après quatre minutes de traction, la tête descend dans l'excavation ; mais le forceps dérape et on est obligé de procéder à une deuxième application.

Après quelques tractions, la tête semble descendre un peu ; mais les branches glissant de nouveau, on est obligé de faire une troisième application. Cette fois la vis est fortement serrée ; la tête descend, la rotation s'accomplit, l'enfant peut être extrait. Légère déchirure du périnée.

L'enfant est vivant, mais il a une hémiplégie faciale droite complète.

La tête a été saisie suivant un diamètre oblique. La cuiller postérieure (gauche) porte sur la bosse frontale gauche, et arrive au-dessus de l'œil, envahissant la fosse temporale.

La cuiller droite a laissé son empreinte sur la partie latérale de la tête, en arrière du pavillon de l'oreille. La grande courbure de la cuiller a même tracé un sillon passant derrière le pavillon et correspondant au point où le nerf facial sort du trou stylo-mastoïdien.

L'enfant pèse 3,400 grammes ; son diamètre bi-pariétal est de 9 centimètres.

La délivrance se fait rapidement et spontanément. On fait, tout de suite après, deux lavages phéniqués et deux injections sous-cutanées d'ergotine.

Le lendemain de l'accouchement, l'état de la malade paraît assez bon, mais elle éprouve une impossibilité absolue de soulever tant soit peu les membres inférieurs, de les détacher du plan du lit. Les moindres mouvements provoqués déterminent de violentes douleurs dans le bassin, surtout au niveau de la symphyse pubienne. Le plus petit attouchement en cet endroit arrache des cris à la malade, et l'on ne peut, par des pressions latérales, rapprocher l'un de l'autre les os coxaux sans la faire horriblement souffrir.

Cet état de choses ne s'améliore point, au contraire. La jour-

née du 8 septembre est très-mauvaise. A ce moment, apparaissent des symptômes généraux de la plus haute gravité. La malade a des frissons ; elle présente de la diarrhée et de la rétention d'urine. Des plaques de sphacèle se montrent sur la vulve, remontant jusque dans le conduit vaginal.

Le lendemain, 9 septembre, au matin, les symptômes généraux et locaux s'aggravent encore ; au-dessus de la symphyse pubienne est apparue une large bande érythémateuse ; toute cette région est comme empâtée et très-douloureuse. A ces symptômes vient encore s'ajouter un ballonnement assez considérable de l'abdomen.

L'état s'aggrave de plus en plus et rapidement ; la malade tombe dans le collapsus et finalement meurt le 9 septembre, à minuit, c'est-à-dire 5 jours après l'accouchement.

L'autopsie est pratiquée le 14 septembre, à 10 heures du matin. A l'ouverture du ventre, dont le ballonnement a encore augmenté, on constate une légère vascularisation de l'épiploon et du péritoine en général ; néanmoins la séreuse contient très peu de liquide. On ne trouve que quelques fausses-membranes, blanchâtres et friables, dans les flancs, retenant l'épiploon.

Mais c'est au niveau de la symphyse que l'on constate les lésions les plus intéressantes. Après avoir enlevé les parties molles qui la recouvrent, une chose qui frappe tout d'abord, est l'écartement considérable qui existe entre les deux os pubis, écartement qui mesure 2 centim. $1/2$.

Continuant la dissection, on tombe sur un foyer purulent qui occupe toute l'articulation interpubienne. Au milieu d'un pus gris-sale, de mauvaise nature, nagent des détritits de cartilages, provenant de l'article rompu. Les surfaces osseuses articulaires sont à nu ; leur surface a un aspect gris-noirâtre, et leur consistance va jusqu'à la friabilité.

Le foyer purulent se prolonge au dessus de la symphyse, dans toute la région qui correspond à cette zone érythémateuse que l'on avait constatée pendant la vie. A ce niveau, le pus s'est infiltré entre les fibres des muscles droits de l'abdomen.

Inférieurement, vers la partie la plus déclive de la cavité de l'abcès, on trouve un orifice qui admet largement un stylet ; celui-ci parcourt un conduit qui va s'ouvrir à la partie supérieure du vagin.

Au niveau de cette dernière ouverture, de même dans la

plus grande partie du conduit vaginal, il existe de larges eschares.

Mais ce qui frappe le plus, après avoir vidé l'excavité pelvienne de tout ce qu'elle contenait, ce sont certainement l'extrême irrégularité et les dimensions anormales du détroit supérieur et du bassin en général, toutes choses dont on ne pouvait se faire une idée très-nette pendant la vie de cette femme.

Le diamètre sacro-sous-pubien est de 8 centimètres, chiffre qui se rapproche de celui qu'on avait d'abord obtenu par la mesuration digitale. Les éminences iléo-pectinées font une saillie très-prononcée en dedans et diminuent considérablement l'aire utile du bassin, en lui donnant l'aspect d'une feuille de trèfle.

En un mot, ce bassin présente à un haut degré la conformation ostéomalacique. En voici, du reste, les dimensions :

Diamètre sacro-sous-pubien.....	8 cent. 0
Distance de l'Em. iléo-pectinée <i>droite</i> au promontoire.....	3 cent. 5
Distance de l'Em. iléo-pectinée <i>gauche</i> au promontoire.....	5 cent. 5
Hauteur verticale du sacrum.....	7 cent. 5
Diamètre oblique gauche.....	44 cent. 5
— — droit.....	40 cent. 2
Distance entre les deux épines iliaques antérieures.....	24 cent. 0

Le squelette de cette femme ne présentait aucune des déformations appartenant au rachitisme. Pas la moindre déviation de la colonne vertébrale, pas de chapelet chondro-costal, ni d'incurvation des tibias.

Cette femme était d'une taille élevée et rien n'aurait pu faire soupçonner des déformations aussi accusées du côté de son bassin. C'était, en un mot, une dystocie absolument inattendue.

Notre cas présente, du reste, de nombreuses particularités. Ainsi, on n'a point entendu ce craquement signalé dans presque tous les faits analogues de disjonction de la symphyse pubienne produite à l'occasion d'une application de forceps. Ici la disjonction s'est faite sans secousses, sans efforts, probablement au moment de l'application de la seconde branche,

laquelle a éloigné l'un de l'autre les os pubis ; ce serait donc en agissant plutôt à la façon d'un levier que le forceps aurait produit l'accident.

Mais, quelle que soit l'explication, cette rupture ne peut s'expliquer que si l'on fait intervenir un autre élément dans sa production, c'est-à-dire l'arthrite préexistante de la symphyse pubienne. L'état rugueux des surfaces osseuses, la destruction à peu près complète des cartilages existaient vraisemblablement depuis une certaine époque, avant que l'accouchement ait eu lieu. L'arthrite a donc, dans l'espèce, favorisé la disjonction ; de plus, nous avons acquis la certitude, par plusieurs expériences faites avec le forceps Tarnier, sur la réductibilité de la tête de l'enfant, que jamais on ne serait parvenu à extraire ce dernier si la disjonction ne s'était pas produite.

II^e OBSERVATION. — Application de forceps pour une présentation du sommet en O.I.D.P. ; disjonction de la symphyse pubienne ; guérison. Par M. Albert Cayla, interne des hôpitaux de Paris.

Il s'agit cette fois d'une femme de 24 ans, primipare, entrée à la Maternité de Cochin le 12 septembre 1884, à terme. Elle est d'une bonne constitution, habituellement bien réglée ; grossesse favorable.

Les douleurs ont commencé la veille au soir, à neuf heures.

L'orifice du col est dilatable ; quant au col, il présente encore une longueur de 4 centimètre. La malade est à peine entrée depuis une heure, que sa poche des eaux se rompt spontanément.

Douleurs pendant toute la nuit. Le lendemain matin (mardi), la dilatation est de la grandeur d'une pièce de 5 fr. ; la tête est engagée, sa position est en O.I.D.P.

Le mardi soir, la tête est descendue dans l'excavation, coiffée par le segment antérieur de l'utérus. La lèvre antérieure du col est très-œdématiée. Les douleurs sont fréquentes ; la femme est épuisée. La rotation ne se fait pas.

En face de cet état de choses, comme le travail dure depuis environ cinquante heures, nous nous décidons à faire une application de forceps.

La malade est endormie au chloroforme. Nous essayons

d'introduire d'abord la branche droite du forceps Tarnier en arrière, en suivant la concavité du sacrum. L'introduction est assez facile, mais c'est en vain que nous essayons avec cette seule branche de faire opérer à la tête son mouvement de rotation.

L'introduction de la deuxième branche est au contraire extrêmement laborieuse ; la position de la tête jointe à une étroitesse vulvaire considérable, s'y opposent absolument. Nous sommes contraints d'y renoncer.

Espérant être plus heureux avec le forceps Levret, nous essayons d'introduire la branche gauche de ce dernier instrument. Après avoir eu soin de refouler la lèvre antérieure du col, nous parvenons à introduire la cuiller et à l'amener sous le pubis gauche. Sa position est très-inclinée. Le pivot est à deux travers de doigt de la vulve.

L'étroitesse des parties est telle que l'on ne peut introduire que deux doigts pour servir de conducteurs à la branche droite ; nous arrivons toutefois à placer celle-ci après avoir refoulé la lèvre postérieure du col.

Le forceps est dans le diamètre oblique gauche. En articulant l'instrument, la rotation se fait d'elle-même sans efforts.

Après dix minutes de traction soutenue, la tête apparaît à la vulve. Au moment du passage, il se fait une légère déchirure de la fourchette, laquelle du reste avait été déjà entamée par les branches du forceps.

L'enfant est vivant. La délivrance se fait de bonne heure et sans efforts.

Les jours suivants, l'état général de la malade paraît satisfaisant dans son ensemble, mais elle a présenté des troubles locaux très-manifestes et dont voici le détail. Tout d'abord, elle offrait une rétention d'urine qui nécessitait l'emploi de la sonde ; de plus, on constatait une légère déchirure de la partie antérieure du vagin et même du vestibule, sous la symphyse.

Notre attention, en effet, avait été attirée de ce côté par une sensation de brûlure que ressentait la malade lors du passage de l'urine.

Nous avons maintenu rigoureusement la malade au lit, les jambes liées, pour favoriser la réunion de la déchirure constatée à la fourchette ; quelques jours après nous lui avons

permis quelques mouvements. Mais le lendemain, quand elle essaye de rompre son immobilité, la malade se plaint de ne pouvoir détacher les jambes du lit qu'avec une peine extrême; le décubitus latéral lui est tout-à-fait impossible. Toutes les fois qu'elle veut faire exécuter un mouvement à ses membres inférieurs, elle ressent une douleur profonde et prolongée, au niveau de la symphyse pubienne.

Nous nous assurons, en effet, que tous les mouvements communiqués aux os coxaux, soit pour les rapprocher soit pour les éloigner, déterminent une douleur violente au point en question. La pression détermine également de la douleur à ce niveau; néanmoins on ne peut constater avec le doigt un écartement bien appréciable entre les deux os. Quant à la mobilité, elle est au contraire des plus manifestes, et on la constate aisément à l'aide du procédé indiqué par M. Budin. (Voir plus loin.)

Dans ces conditions, plus que jamais, nous maintenons la malade au lit, en recommandant l'immobilité la plus complète. Ce n'est qu'après un certain nombre de jours que nous tentons de la faire lever, après l'avoir munie d'une large ceinture bien serrée; — c'est à peine si elle peut faire quelques pas.

L'amélioration s'accroît journellement, et trois mois après elle pouvait quitter l'hôpital. A ce moment, elle marchait avec peine et seulement grâce à sa ceinture; elle avait surtout beaucoup de mal à monter les escaliers.

Nous avons revu la malade deux mois après, c'est-à-dire cinq mois après l'accouchement. Elle avait de la peine à marcher et elle n'aurait, du reste, pu le faire sans sa ceinture.

Dans cette observation, nous n'avons pu incriminer aucune cause bien précise qui ait favorisé la disjonction de la symphyse, si ce n'est un état d'ossification très-avancé de la tête fœtale, jointe à une étroitesse assez prononcée des parties maternelles, principalement des parties molles. La diastase ici se trouvait peu accusée; elle ne s'était traduite, pendant l'application de forceps, par aucune perception ou sensation de craquement, et cet accident toutefois a pu entraîner une incapacité à peu près complète de marcher et cela pendant de longs mois après l'accouchement.

Il se trouve en ce moment à l'hôpital de la Pitié, salle

Trousseau, une femme dont l'histoire est des plus intéressantes, et dont malheureusement l'observation n'a pas été prise, son état ayant été longtemps méconnu, faute de symptômes bien précis. Voici ce qu'il m'a été possible de reconstituer par voie de renseignement au sujet de cette femme, qui rentre pleinement dans la catégorie des malades que nous venons d'observer.

Eugénie M. a aujourd'hui 26 ans ; elle a toujours été maigre et d'une assez faible constitution.

Première grossesse à 24 ans, pendant laquelle les symphyses pelviennes furent extraordinairement relâchées, surtout vers la fin, de manière à empêcher la marche et surtout toute ascension d'escaliers.

L'accouchement fut pénible et les symphyses furent longtemps à se remettre.

A partir de cette époque, la malade se trouvant dans de déplorables conditions d'existence, maigrit et s'affaiblit beaucoup. Son état général devient mauvais ; des douleurs rhumatismales apparaissent.

Deuxième grossesse à 24 ans. Elle est encore plus pénible que l'autre ; les douleurs rhumatismales redoublent, surtout dans les jambes. Les symphyses se relâchent à nouveau, et, sous ces influences multiples, la marche devient absolument impossible pendant les 6 derniers mois.

Elle accouche le vingt juillet 1881 d'un enfant très-gros, pesant près de 10 livres, dont la tête est énorme et présente un degré d'ossification très-avancé. L'accouchement est extrêmement long et pénible ; il ne se termine qu'au prix des plus violents efforts et de déchirures multiples.

Quelques jours après la délivrance, la malade veut essayer de se mettre sur son séant, mais elle ne peut y réussir ; de même pour remuer les jambes. Elle continue donc à garder une immobilité complète.

Il y a de la rétention d'urine ; et comme les parties génitales sont extrêmement gonflées et douloureuses, on renonce à en pratiquer l'examen. On attribua cet état de choses aux contusions et meurtrissures des organes pelviens pendant l'accouchement, et on porta le diagnostic-pelvi-mérite et paraplégie réflexe.

La malade est affaissée et ne présente pas une grande réaction inflammatoire ; les douleurs ne sont pas très-vives, si ce n'est au moment des pansements. Dans cet état, on abandonne la guérison à la nature et au temps, l'attention n'étant du reste provoquée par aucun symptôme alarmant.

Deux mois après, la malade, se trouvant mieux et ne présentant pas la moindre fièvre, veut essayer de se lever et de faire quelques pas. Mais cela lui est impossible, elle ne peut même appuyer les pieds par terre ; il lui semble, d'après son dire que tout se défait dans le ventre, à la ceinture. De plus à ce moment, elle ressent une douleur intense en avant au niveau de la symphyse et en arrière de chaque côté du sacrum.

On examine alors très attentivement la malade, ce qu'on n'avait pas eu l'occasion de faire jusqu'alors. Les articulations des membres inférieurs jouent très-bien, même celles des hanches ; le mal est donc ailleurs.

Effectivement, en prenant les hanches à pleines mains on imprime des mouvements insolites aux os qui constituent le bassin ; le siège de cette mobilité est au niveau de la symphyse pubienne et des symphyses postérieures, ce dont on s'assure très-bien avec les doigts. On peut même jusqu'à un certain point faire jouer le sacrum entre les deux os iliaques.

Quant à la symphyse pubienne, on trouve dans la partie droite de l'articulation un intervalle dépressible dans lequel on peut mettre un doigt ; l'enfant du reste se présentait en O. I. D. A.

A ces trois niveaux, la malade ressent une vive douleur quand on les examine. Cette sensibilité douloureuse au toucher a duré longtemps ; elle existe encore, aujourd'hui, bien que très-atténuée.

On répète plusieurs fois l'examen, toujours avec les mêmes résultats ; on avait donc affaire à une rupture des symphyses pelviennes. Jusqu'à ce jour, l'absence de symptômes réactionnels, l'état d'affaissement du sujet avaient empêché de diagnostiquer la lésion et même de la localiser : on n'avait pas songé à examiner les symphyses.

En conséquence, on applique une large ceinture autour du bassin (fin septembre) ; mais la malade, qui ne paraît pas avoir intérêt à guérir vite, refuse de la garder sous prétexte qu'avec cet appareil elle ne peut garder le décubitus dorsal et reposer dans son lit.

On est réduit à laisser simplement la malade au lit, lui recommandant l'immobilité la plus absolue, et on la soumet à un régime tonique et reconstituant (potions de Todd, fer, quinquina, phosphate de chaux, etc.). Plus tard, on emploie les bains sulfureux.

Dans ces conditions, l'état de la malade se modifie avantageusement, mais la lésion locale ne s'améliore guère. Durant plusieurs mois, on sent avec le doigt la disjonction des symphyse postérieures, ainsi que l'intervalle interpubien. On peut même dans une certaine mesure imprimer certains déplacements aux pubis vis-à-vis l'un de l'autre.

Aujourd'hui les os paraissent resoudés ; l'espace interosseux semble, au doigt, bien rempli, hypertrophié même. Seulement, les deux pubis, bien que définitivement fixés, ont subi un écartement assez considérable — la distance entre les deux épines pubiennes est de neuf centimètres et demi.

En examinant attentivement le bassin, on ne trouve rien, si ce n'est que les os qui le constituent sont un peu grêles ; pas de rachitisme ni d'ostéomalacie. La gracilité du squelette pelvien répond bien à l'état général et à l'aspect du sujet.

Aujourd'hui, c'est-à-dire un an après l'accouchement, bien que la consolidation des jointures fasse tous les jours des progrès, non-seulement la malade ne marche pas encore, mais elle est toujours impotente de ses membres inférieurs. Les bains sulfureux lui font le plus grand bien, et tout fait espérer un rétablissement à peu près complet, sans qu'on puisse en préciser l'époque.

Chez cette femme, on peut invoquer trois ordres de causes dans la production de ces ruptures — tout d'abord la disproportion entre les parties maternelles et la tête fœtale, qui offrait une ossification précoce ; — en second lieu le relâchement extraordinaire des symphyse pendant la grossesse ; — et peut être en troisième lieu l'élément rhumatismal, dont la fâcheuse action s'était fait sentir jusque dans les jointures pubiennes et sacro-iliaques.

Enfin, particularité curieuse : cette femme raconte que sa mère a eu cinq couches qui toutes ont nécessité l'embryotomie ; les fœtus étaient trop volumineux. Elle même, dernier enfant, n'a vu le jour qu'à la faveur d'un accouchement prématuré ; elle est née à sept mois et demi. Peut-être, faut-il voir là autre chose qu'une coïncidence et rechercher quelque rapport de cause à effet.

II.

Tels sont les faits les plus saillants que nous avons pu recueillir relativement à la rupture de la symphyse pubienne ; il est clair qu'on eût pu en relever bien davantage, en fouillant la littérature médicale, tant étrangère que française ; mais il est surtout manifeste qu'il a dû s'en présenter bien d'autres qui n'ont pas eu les honneurs de la publicité. De ces derniers cas, les uns sont passés inaperçus n'ayant pas été diagnostiqués au moment de leur production et leurs conséquences naturelles ayant été rapportées à d'autres causes ; les autres, bien que parfaitement connus des praticiens, n'ont pas été publiés et ont même été tenus secrets, pour des raisons faciles à comprendre. On n'ignore pas en effet combien peu le public est capable d'apprécier sainement l'intervention des hommes de l'art, combien peu il sait faire la juste part des responsabilités.

Quoi qu'il en soit, les 20 et quelques cas ici relatés doivent suffire pour éclairer sur la signification et la valeur de l'accident qui nous occupe. Ils nous fournissent les éléments nécessaires pour étudier la rupture de la symphyse pubienne dans ses causes, dans ses effets et dans son traitement.

III.

La structure de la symphyse pubienne a été longtemps méconnue et c'est au professeur Sappey, qu'on doit d'avoir fixé définitivement la science sur ce point. Cette articulation comparable à celle du sacrum avec le corps de la 5^e vertèbre lombaire, se compose de trois éléments, deux surfaces osseuses, quatre ligaments périphériques et un fibro-cartilage interosseux.

Ce fibro-cartilage, dont l'étude a longtemps exercé la sagacité des anatomistes, est tout-à-fait analogue aux disques intervertébraux; comme ceux-ci, il est formé d'une portion centrale, molle, et d'une portion périphérique, dure et résistante.

Parmi les fibres de la portion périphérique, les plus externes se portent d'un pubis à l'autre, les autres sont disposés en anneaux et en segments d'anneaux. Ce sont encore ces fibres qui forment en arrière ce bourrelet saillant, que l'on sent très-bien chez la femme par le toucher vaginal, surtout à l'époque de la grossesse.

La portion molle offre une cavité dont les parois sont tapissées de prolongements villiformes, disposition qui a longtemps fait croire à l'existence d'une synoviale.

Cette cavité est plus grande chez la femme que chez l'homme; en outre, pendant la grossesse, elle acquiert des dimensions considérables et envahit presque tout le fibro-cartilage, ce qui a pour effet d'augmenter la mobilité de la jointure.

La doctrine du relâchement des symphyses, à l'occasion de la grossesse, remonte à la plus haute antiquité. Longtemps admise sans conteste, sur la foi d'Hippocrate et de Galien, elle fut, à partir du XVI^e siècle, l'objet de controverses sans fin et compta les médecins les plus illustres tant parmi ses défenseurs que parmi ses contradicteurs. L'historique de la question est admirablement présenté par Murat, dans l'article *Symphyse* (Dictionn. en 60 vol., p. 22 et suiv.); après une longue et savante étude de la question, il conclut pour l'affirmation et admet le relâchement dans la plupart des cas.

Aujourd'hui que la chose n'est plus douteuse pour personne, on voit dans le relâchement des symphyses

une simple manifestation de cette suractivité fonctionnelle que la grossesse imprime à l'appareil génital tout entier. Voici, d'une manière générale, le mécanisme de cette modification articulaire.

Le fibro-cartilage augmente notablement de volume, ce qu'on voit en tâtant le bourrelet postérieur ; tandis que sa cavité centrale s'agrandit, ses fibres périphériques deviennent plus lâches, moins serrées entre elles et s'imbibent de fluides séreux. De même, les ligaments périphériques de l'article deviennent plus élastiques et moins tendus ; et leur allongement se prête à l'écart des surfaces osseuses, dont la distance vient jusqu'à doubler au moment de la gestation. Dans les autopsies de femmes mortes en couches, cet écartement s'est trouvé varier de 10 à 25 millimètres.

Pendant la grossesse, la symphyse pubienne est certainement le siège de mouvements ; cette mobilité augmente à mesure que le terme approche et sur une même femme semble être proportionnel au nombre des grossesses. Pour la mettre en évidence, M. Budin fait marcher la femme, après avoir introduit le doigt dans le vagin, la pulpe bien appliquée sous le ligament triangulaire. A chaque pas, le doigt sent un chevauchement régulier des branches osseuses, chaque branche montant et descendant à son tour.

C'est précisément cet état particulier des symphyses pelviennes qui imprime à la marche des femmes gravides son cachet bien connu d'incertitude ; il peut aller, par son exagération, jusqu'à interdire la marche, surtout toute ascension d'escalier, comme nous en avons vu des exemples.

Maintenant, quel est le but, l'utilité de pareilles modifications physiologiques ? C'est ici que durant des

siècles les opinions ont le plus varié, que les doctrines les plus opposées ont régné tour à tour, avec des fortunes diverses. Parmi les médecins, les uns, admirateurs zélés des ressources de la nature, n'ont vu dans cet état des symphyses qu'un moyen propre à faciliter l'enfantement ; les autres, moins optimistes, l'ont regardé comme un état morbifique et fâcheux, qui ne peut, dans aucun cas, favoriser l'expulsion du fœtus.

Séverin Pineau professa que cette diduction est indispensable pour que l'accouchement se produise : « Ce serait en vain, dit-il, que le col de la matrice et les autres parties molles se dilateraient pour le passage de l'enfant, si les os ne pouvaient s'écarter. » Et dans ce but, il recommande toute une médication étrange, pour faciliter ce travail de la nature : fomentations émollientes sur les symphyses, liniments, cataplasmes, etc., etc.

Plus tard, Baudelocque pense au contraire que pour la majorité des cas, cet écartement des os du bassin présente plus d'inconvénients que d'avantages, au point de vue de l'accouchement ; les muscles, d'après lui, qui s'attachent au bassin, sont dans ce cas privés de leur insertion fixe, ce qui rend l'accouchement plus long, plus pénible et plus douloureux.

A partir de cette époque, on attribue de moins en moins d'importance au relâchement des symphyses, sous le rapport de l'accouchement. Toutefois, en 1862, le docteur Laborie, dans une communication à l'Académie de Médecine, sur le rôle des symphyses, émet à ce sujet une théorie nouvelle, qui a du moins le mérite de l'originalité. D'après lui, l'influence de la mobilité des symphyses est nulle au détroit supérieur ; par contre, elle se fait puissamment sentir au niveau

du détroit inférieur, au moment du dégagement de la tête. Elle se traduit alors par un écartement transversal des deux tubérosités ischiatiques, c'est-à-dire par un agrandissement notable du diamètre transverse du détroit inférieur.

Quand les symphyses sont définitivement soudées par l'effet de l'âge (après 30 ans, selon l'auteur), toute la difficulté se concentre au détroit inférieur ; et quoique le bassin soit normal on doit souvent à ce niveau faire intervenir le forceps.

Cette théorie n'a pas trouvé beaucoup d'écho ; on préfère admettre, pour l'agrandissement du détroit inférieur, l'influence de la rétropulsion du coccyx.

On ne croit plus guère aujourd'hui à l'action du relâchement des symphyses dans le mécanisme de l'accouchement. Dans les conditions normales, en effet, il n'est nul besoin de le faire intervenir, la tête devant passer sans cela. Et si par hasard il vient à se produire, il a pour effet de transformer un bassin normal en un bassin trop grand, ce qui est un genre de dystocie.

Si le bassin est trop grand, la diduction des os qui le constituent sert moins encore et n'a plus la moindre raison de se produire. Si le bassin est au contraire trop petit, l'ampliation qu'elle lui procure est insuffisante et lui est d'un trop faible secours pour rétablir les conditions normales.

Enfin, si le bassin est irrégulièrement vicié, cette insuffisance d'ampliation est encore plus marquée, et l'élargissement des symphyses ne doit pas même entrer en ligne de compte, pour une augmentation éventuelle de l'aire utile.

Il en résulte que cette ampliation par le jeu momentané des symphyses ne peut avoir d'utilité et d'effet

réel que lorsqu'il existe entre la capacité du pelvis et la tête fœtale une disproportion minime et que cette disproportion peut être compensée par l'élargissement subit de la ceinture pelvienne. Mais de pareils cas seront évidemment d'une extrême rareté; et c'est pourquoi les symphyses céderont plutôt que de fournir par leur relaxation un passage suffisant pour l'enfant; la diduction dégénérera en disjonction, en rupture; la modalité physiologique se transformera en accident dystocique, en complication plus ou moins grave.

Il faut donc admettre que le relâchement des symphyses ne joue pas de rôle spécial dans l'acte de l'accouchement. Son rôle véritable est d'atténuer, pendant la grossesse, les secousses qui se produisent dans la marche des femmes enceintes; en facilitant la décomposition des mouvements. L'utérus gravide, reposant sur les fosses iliaques, se trouve de la sorte mieux à l'abri des ébranlements d'ordre mécanique dont la ceinture pelvienne est fréquemment le siège.

Ces considérations sur le rôle des symphyses sont indispensables pour bien saisir le mécanisme et la pathogénie de leur rupture, que nous allons maintenant étudier.

IV.

Les ruptures des symphyses pelviennes se produisent par un mécanisme des plus simples, qu'il est inutile de développer longuement. Dans tout accouchement, un corps de forme déterminée, sous l'influence soit de contractions utérines, soit de forces venant du dehors, traverse dans toute sa longueur un canal de forme déterminée aussi, et il lui suffit pour cela d'ac-

commoder successivement ses diverses dimensions aux dimensions successives que présente chaque portion du trajet à parcourir.

Deux facteurs entrent en jeu pour amener ces accommodations successives et finalement l'expulsion du contenu fœtal : ce sont d'une part les forces propulsives, de l'autre la résistance des parties maternelles, en particulier des parties osseuses; de manière que la progression du fœtus, dans l'acte de la parturition, doit être considérée comme la résultante mécanique, variable à chaque instant et aux divers niveaux, de l'action de ces deux facteurs.

Supposons maintenant que l'un des deux facteurs soit modifié dans ses qualités de force ou de résistance. Deux cas pourront se présenter : — ou bien l'enfant restera stationnaire et ne pourra franchir le canal pelvien : ou bien l'enfant progressera, mais au prix de modifications traumatiques, de lésions survenues dans les organes maternels.

Dans ces lésions rentre l'accident qui nous occupe; et, spécial par sa nature et le lieu de sa production, il reconnaît des causes spéciales, qui tiennent les unes à la mère, les autres à l'enfant, d'autres à l'emploi des moyens usités dans les accouchements artificiels.

Les causes de rupture qui se rapportent aux manœuvres obstétricales sont incontestablement les plus nombreuses, sinon les plus efficaces. Nous voyons en effet que sur 24 observations environ, il y eut 17 applications de forceps.

Une seule fois le forceps paraît avoir agi par une seule de ses branches, à la façon d'un levier; une autre fois, il est appliqué, après la version, sur une

tête dernière. Mais dans tous les autres cas il est employé dans les conditions ordinaires, au niveau de l'un des détroits, et le plus souvent au détroit supérieur.

L'influence de tractions immodérées avec les fers sur la production des ruptures est incontestable dans plusieurs des cas que nous avons cités ; le bassin cède à la pression excentrique qu'exerce une tête fœtale tirillée violemment et sans doute dans une direction défectueuse. C'est ainsi qu'on se figure volontiers la genèse de la rupture, et le public ne manquera jamais de rapporter cet accident à un déploiement de forces excessives.

Rien n'est plus faux cependant. La séparation des symphyses peut survenir pendant l'emploi le plus habile et le plus modéré du forceps. Et, de fait, ne se produit-elle pas dans l'accouchement spontané ?

Il suffit pour cela que le bassin soit rachitique, ostéomalacié, ou bien atteint dans l'intégrité de ses jointures par une diathèse plus ou moins ancienne. Dans ces conditions, la ceinture osseuse a perdu ses qualités de résistance et il suffira du moindre effort de dedans en dehors pour l'entr'ouvrir. Cet excès minime de pression est représenté alors par le forceps, et il est vraiment minime, puisque souvent l'opérateur n'en a point conscience.

Aussi avons-nous vu, dans plusieurs observations, les auteurs se défendre longuement eux-mêmes ainsi que leur instrument, et rejeter l'accident sur le compte d'une fâcheuse coïncidence. Comme à ceux-ci, la chose peut arriver au premier accouchement venu, et c'est dans cette éventualité qu'il convient de se bien pénétrer des conseils que donne le professeur Pajot relativement aux applications de forceps.

« S'il est possible, dit-il (*citations de la thèse de M. Budin*), d'exercer avec le forceps des tractions considérables, il ne faut point oublier qu'elles doivent toujours être modérées. Il s'agit en effet de faire passer un corps volumineux et peu dépressible, la tête, à travers un canal à parois résistantes, le bassin. Si le bassin est rétréci ou si la tête est trop grosse, l'accouchement ne se fera qu'aux dépens de l'une ou de l'autre de ces parties, qui sont, ne l'oublions pas, des parties vivantes. »

Et ailleurs :

« Dans une application de forceps, je n'emploie jamais toute ma force ; je tire modérément, et, si la tête résiste, je retire mon instrument. Une ou deux heures après, je fais une nouvelle application sans me livrer à de plus grands efforts, et alors, si mes tentatives sont impuissantes, je prends mon parti sans hésitation : je sacrifie l'enfant. »

On sait que la rupture des symphyses se produit de préférence soit au moment où la tête franchit le détroit supérieur, soit lorsque celle-ci exécute sa rotation. Dans cet ordre d'idées, on pourrait établir un parallèle entre le Levret et le Tarnier au point de vue de l'éventualité d'une rupture, et peut-être l'avantage resterait-il, sous ce rapport, au vieux forceps.

Nous avons vu que Boddaert a par deux fois provoqué la rupture de la symphyse pubienne en se servant d'un levier ; ici, le mécanisme est des plus évidents ; il est plus évident encore qu'on doit éviter de répéter l'expérience.

Tel est, à ce point de vue spécial, le rôle du forceps ; nous étudierons plus loin les ruptures spontanées, c'est-à-dire survenant dans les accouchements naturels, sans intervention des instruments d'obstétrique.

Les causes de disjonction de la symphyse qui tiennent à la mère sont nombreuses ; mais ce sont uniquement des causes prédisposantes. Elles préparent, pour la genèse du fait pathologique, un terrain favorable sur lequel pourront efficacement agir, à moment donné, des influences nocives mais impuissantes à l'état normal, avec des organes maternels bien constitués.

Ces causes sont nombreuses, et comprennent au premier rang les diverses modifications apportées dans l'état du bassin par des maladies préexistantes. Remarquons toutefois qu'en dehors de ces malformations pelviennes, soit constitutionnelles, soit accidentelles, la primiparité semble prédisposer la femme aux ruptures de la symphyse pubienne. Ainsi, dans les deux tiers des cas environ, nous avons eu à citer des primipares. Ce fait pourrait donner lieu à des considérations sans fin ; nous nous contenterons de le constater.

Les bassins rachitiques et ostéomalaciques semblent disposés spécialement et dans une proportion à peu près égale aux ruptures de la symphyse pubienne ; on retrouve chacune de ces deux variétés de bassins dans le cinquième des cas environ.

Le rachitisme communique aux os du pelvis un caractère de gracilité et souvent de fragilité remarquables ; il modifie en outre les diamètres de l'excavation, de manière à provoquer des pressions excentriques anormales de la part du fœtus.

L'ostéomalacie semble devoir encore davantage prédisposer aux ruptures articulaires, par le ramollissement qu'elle imprime au squelette pelvien tout entier ; les jointures ne sont point épargnées par la dégénération osseuse et participent au défaut de résistance de

tout l'appareil. C'est encore avec de pareils bassins que nous voyons les malformations les plus accentuées, de façon que la tête ne peut progresser, quand toutefois elle le fait, qu'au prix de déchirements multiples et profonds.

Les bassins irrégulièrement rétrécis, soit par anomalies congénitales, soit à la suite de fractures, prédisposent aussi aux ruptures articulaires; il existe deux observations bien précises, où l'on retrouve manifestement le type oblique ovalaire-gauche et l'ovalaire droit. D'une manière générale, tout changement dans les diamètres peut amener une diastase par le fait de pressions fœtales disproportionnées, mais surtout parce qu'il s'accompagne ordinairement de modifications profondes dans la structure et la solidité de l'appareil tout entier.

Le bassin régulièrement rétréci donne lieu aux mêmes remarques, en amenant une disproportion notable entre le contenant et le contenu à expulser; le cas du professeur Depaul en est un exemple remarquable.

La gracilité des os dans un bassin normal et de dimensions régulières a suffi quelquefois pour provoquer à elle seule une disjonction articulaire. Nous avons vu d'autre part l'accident se produire avec des bassins normaux, de sorte qu'on ne peut apprécier d'une manière absolue l'efficacité relative de ces divers ordres de causes.

Une autre prédisposition dont l'influence est moins douteuse, c'est la diathèse rhumatismale, surtout l'arthritisme chronique et généralisé; dans ce cas, le travail morbide s'étend aux articulations pelviennes, modifie leurs conditions de résistance et les prépare en quelque sorte aux disjonctions traumatiques. Nous en

avons cité des exemples manifestes; dans un cas, la symphyse pubienne était le siège d'une arthrite préexistante, qui n'a pas peu contribué à la rupture des divers éléments de cet article lors d'une application de forceps.

Il en est de même du relâchement exagéré des symphyse pendant la grossesse; les modifications physiologiques ont dépassé leurs bornes; les ligaments ont perdu leur résistance et le moindre effort pendant l'accouchement suffira pour produire la diastase. Cette complication doit toujours venir à l'idée quand il se rencontre une femme enceinte dont la grossesse s'accompagne, du côté de la marche, de difficultés sérieuses.

Il semble qu'en dehors de ces prédispositions particulières, il existe des causes d'ordre général et de nature constitutionnelle qui favorisent l'apparition de ces ruptures en débilitant l'organisme tout entier au point de vue des conditions de vitalité et de résistance qu'il devrait offrir normalement. Tel est le rôle des diverses diathèses et des cachexies, telle est en particulier l'influence du lymphatisme et de la scrofule; c'est une des mille déficiences que ces déviations constitutionnelles impriment à l'organisme, un cas particulier de l'action des diathèses sur les traumatismes.

Il est probable qu'en cherchant bien, on trouverait un ou plusieurs de ces vices diathésiques à l'origine de tous les cas de rupture qu'une anomalie quelconque ne saurait expliquer. Cette influence néfaste de l'état général sur les manifestations locales est, dans l'espèce, connue depuis longtemps et on la trouve signalée dans les plus vieux ouvrages classiques. Røderer le dit en propres termes dans ses *Elementa*. — « Rarissimi

sunt isti casus, qui vim tantam demonstrant, quæ sit par ac sufficiens his ossibus sejungendis. Sed fortè id fieri potest quando cartilagine nectentes ità affectæ sunt, ut facilè semoveantur, atque ligamenta quàm maximè sunt relaxata — quale quid accidere potest cachecticæ, hydropicæ, venereæ, scorbuticæ, etc. »

Quand, outre les mauvaises conditions physiologiques, la femme présente un bassin défectueux, la situation devient tout-à-fait favorable à la production de l'accident : *res angusta et morbus*, tels sont, en jouant quelque peu sur les mots, les principaux agents de la rupture pelvienne. Le cas de Back en est un exemple frappant.

Les contractions exagérées de la matrice peuvent aussi jouer sous ce rapport un rôle plus ou moins actif et intervenir efficacement pour produire la diastase ; encore faut-il qu'elles coïncident avec une diminution de résistance du côté du pelvis, ou avec une exagération de volume du produit à expulser.

Mais, en dehors de la mère, on peut trouver dans le fœtus lui-même les causes de la disjonction des symphyses, causes vraiment actives et efficientes de leur nature. Elles consistent simplement dans une disproportion de volume entre l'enfant et le canal qu'il doit parcourir.

Il peut arriver, en effet, que la tête soit trop grosse pour franchir sans dégâts le détroit supérieur, ou bien encore qu'elle ne soit plus assez réductible pour effectuer ce passage. Ces conditions sont remplies par un développement exagéré de la tête, par un degré d'ossification avancé du crâne, plus rarement par une malformation céphalique ou l'adjonction d'une tumeur fœtale. Il semble alors extraordinaire que le cercle osseux

du pelvis cède plutôt que le sphéroïde crânien, lequel semble offrir des conditions moindres de dureté et de résistance. Remarquons toutefois que l'effort s'exerce excentriquement sur la ceinture pelvienne, de façon à écarter l'un de l'autre ses éléments, tandis qu'il a pour effet de rapprocher concentriquement ceux du fœtus, qui dès lors ne peuvent se détruire que par une pénétration réciproque. Dans cette lutte de pressions contraires, l'avantage reste à la tête fœtale; et le bassin se rompt sur ses points les plus faibles, c'est-à-dire au niveau de la symphyse pubienne.

Telles sont les principales causes de la rupture des symphyses. Remarquons toutefois que ces ruptures peuvent se produire sans causes appréciables, sans que rien même eût pu les faire prévoir. Tel est le cas de Grenser, dans lequel il s'agit d'une femme bien conformée et dont l'accouchement s'effectua dans les conditions ordinaires, avec un simple arrêt, momentané du reste, de l'enfant au détroit supérieur.

V.

Pour certains auteurs, les ruptures des symphyses pubiennes rentrent dans la classe des luxations traumatiques; d'autres, en raison de l'immobilité relative de l'article, les rangent parmi les fractures. Mais, quelle que soit la définition qu'on adopte, il suffit de lire les observations précédentes au point de vue des autopsies, pour reconstituer l'anatomie pathologique de cet accident.

Le fait principal consiste dans la solution de continuité qui se produit au niveau de la symphyse et l'écartement consécutif entre les deux pubis. D'ordinaire, le

fibro-cartilage suit l'un des pubis et entraîne même avec lui le cartilage d'encroûtement de l'autre ; de sorte que ce dernier se trouve non seulement isolé, mais encore décortiqué. Cet écartement est variable ; souvent il admet l'épaisseur d'un doigt entre les segments désunis, mais il peut aller bien plus loin : dans le cas de Lefèvre, il est de 2 pouces $1/2$, c'est-à-dire très-près de 7 centimètres.

Le plus souvent, les deux pubis disjoints restent sur le même plan transversal, et la ceinture pelvienne s'entr'ouvre simplement au niveau de la symphyse tout en conservant sa forme. D'autres fois, les pubis ont chevauché à distance l'un sur l'autre, de façon que l'un d'eux proémine sous la peau, en simulant une tumeur.

Une relation, très-naturelle du reste, semble exister entre le niveau de la rupture et la position du sommet, comme on a pu le remarquer. Ainsi, pour une O.I.G.A., le trait de rupture est entre le fibro-cartilage et le pubis gauche, etc.

L'appareil ligamenteux périphérique est fortement tirailé et cède en majeure partie. Les fibres qui restent s'hypertrophient et s'épaississent plus tard, de manière à former une masse scléreuse et comme lardacée. Du reste, dans le cas de guérison, lorsque la coaptation n'a pas été parfaite, l'intervalle qui résulte du traumatisme se remplit de tissu fibreux très-dur, qui joue le rôle d'un véritable cal.

Il est de règle qu'une rupture un peu étendue de la symphyse pubienne s'accompagne d'une disjonction simultanée des symphyses postérieures ; l'élargissement du bassin ne peut s'opérer efficacement qu'à cette condition. Dans ce cas, ce sont les ligaments antérieurs des

symphyses sacro-iliaques qui souffrent le plus ; ils sont fortement tirillés et le plus souvent déchirés.

Dans les cas les plus favorables, il se fait entre les deux extrémités disjointes une abondante exsudation de lymphé plastique, qui se transforme progressivement en tissu adhésif et résistant, et finalement amène une consolidation complète en comblant la solution de continuité. Ce travail de consolidation peut s'accompagner d'une difformité dans le cal fibreux, qui, s'avancant dans l'intérieur du bassin, en rétrécit l'aire utile et devient l'origine d'une dystocie ultérieure.

Dans les autres cas, on trouve tout simplement les lésions de l'arthrite traumatique, laquelle, comme on sait, s'accompagne volontiers de suppuration. L'espace interpubien est le siège d'un abcès plus ou moins vaste avec des fusées purulentes plus ou moins nombreuses. Quant aux os pubis eux-mêmes, ils subissent, comme il arrive ordinairement en matière d'arthrite traumatique, les altérations de l'ostéite, de l'ostéomyélite, de la carie, de la nécrose, etc , etc. On comprend combien ces diverses lésions sont graves.

Enfin, dans les cas tout-à-fait défavorables, surtout lorsque l'état général de la parturiente est profondément altéré, l'arthrite traumatique prend les caractères de l'arthrite puerpérale, affection des plus graves, caractérisée par une suppuration d'emblée, énorme et de mauvaise nature.

Les lésions de voisinage sont communes, étant donné les rapports de la symphyse et aussi l'abondance de l'atmosphère celluleuse qui l'entoure depuis le mont de Vénus en avant jusqu'à la vessie en arrière. D'ordinaire, ce tissu cellulo-adipeux est infiltré et fortement gonflé, de façon à masquer la rupture, ou de moins à rendre son examen difficile ; mais il peut en outre

s'enflammer et présenter les altérations du phlegmon. D'autres fois, il se laisse pénétrer par des fusées purulentes venant de la rupture, et s'épaissit autour d'elles en formant des tractus lardacés ; il peut même se produire des fistules alimentées par la lésion primitive, etc.... Ces diverses dégénération s'étendent parfois à tout le tissu cellulaire du petit bassin.

Chez les femmes, le plexus de Santorini est représenté par quelques veines grosses et variqueuses ; elles peuvent toutefois s'enflammer, et par une sorte d'extension centripète provoquer une phlébite mortelle des gros troncs veineux. Tel est le cas de Hecker.

La déchirure articulaire peut se continuer au dessous de la symphyse, aboutir au vestibule et intéresser de la sorte la partie supérieure de la vulve. Très-souvent cette complication échappe au médecin, à cause des lésions et contusions nombreuses que l'accouchement a produites dans les parties maternelles. Mais elle doit être toujours recherchée, pour voir si la rupture communique avec l'extérieur, et s'assurer en outre si l'urèthre n'est pas intéressé dans la lacération. Enfin, elle permet, quand elle existe, de porter le doigt dans la plaie et d'examiner la lésion sur place, comme fit le docteur Adams dans le cas que nous avons reproduit.

L'urèthre est quelquefois atteint, mais non par un mécanisme analogue au précédent : la texture de ses parois le protège suffisamment contre l'extension d'une lacération. Il est probable, au contraire, qu'au moment de la dislocation de la symphyse les deux pubis tirent fortement sur le ligament de Carcassonne, déchirent ce dernier et, avec lui, déchirent l'urèthre qui le traverse. C'est donc de préférence la partie postérieure du canal

qui sera atteinte ; c'est ici, en effet, la plus fixe et la plus exposée aux traumatismes.

La vessie elle-même peut être intéressée dans la rupture pubienne, et la lésion siège d'ordinaire à la paroi antérieure de cet organe. La déchirure des parois vésicales est rarement produite par le choc d'un des segments osseux ; elle doit bien plutôt être le résultat d'une distension excessive des ligaments vésico-pubiens. Il peut encore arriver que la vessie quelque peu pleine soit fortement comprimée entre l'arc osseux et la tête du fœtus, et éclate à sa partie antérieure, se trouvant subitement en contact avec une surface déprimée et à bords rugueux.

Ces complications s'accompagnent de tous les phénomènes de l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tout autour des organes pelviens et jusque dans les loges du périnée. Si alors la lésion urétrale ou vésicale communique avec le foyer de la rupture pubienne, il en résulte pour cette dernière une suppuration très-rapide et de mauvaise nature. C'est alors qu'apparaîtront les signes de l'ostéomyélite et de l'infection purulente, si l'infiltration n'est pas arrêtée.

Remarquons que dans tous les cas de ruptures obstétricales les rapports de la symphyse avec les tissus et organes voisins sont profondément modifiés par la pression excentrique du fœtus pendant l'accouchement. Toutes les parties molles sont, pour ainsi dire, remontées et appliquées contre la symphyse, et subissent le contre-coup direct des lésions de cette dernière. Encore que cette pression a pour effet d'affaiblir la vitalité de toutes ces parties interposées et de créer des conditions éminemment propres au dévelop-

pement de l'inflammation suppurative, de la gangrène et même de l'infection purulente. Cette dernière et redoutable complication est surtout à craindre lorsque le foyer de la diastase communique avec l'extérieur par une fissure et reçoit le contact de l'air. L'action de l'urine est également désastreuse.

VI

Bien que la rupture interpubienne donne lieu à de nombreux et remarquables symptômes, nous avons pu voir qu'elle avait été méconnue plusieurs fois et pendant un temps plus ou moins long. Tantôt la lésion locale n'avait pas été recherchée, en raison de la sensibilité de la malade et de l'état de ses organes génitaux, tantôt elle était passée inaperçue à côté d'autres lésions plus marquées, survenues également dans le cours d'un travail pénible et accidenté. Quant aux symptômes généraux, ou bien de même ils passaient inaperçus, ou bien ils étaient masqués par ceux de la fièvre puerpérale, qui se déclarait en même temps.

C'est donc une lésion qui doit être recherchée avec soin, toutes les fois que chez une parturiente il se produit quelque chose d'insolite, soit au moment même du travail, soit dans les jours qui suivent les couches.

Les signes tant physiques que fonctionnels de la rupture interpubienne sont nombreux. Un seul toutefois est pathognomonique : c'est la constatation, par le toucher soit extérieur, soit vaginal, de la disjonction qu'ont subie les surfaces articulaires et de l'écartement qui en est résulté.

Ce signe fixe le diagnostic, quand on le recherche et qu'on le trouve ; mais il n'est pas toujours facile à

mettre en évidence. Deux choses surtout s'opposent à l'examen local, le gonflement des parties et la douleur de toute la région hypogastrique, douleur qui rend insupportable le moindre contact. On peut encore employer le procédé général à toutes les fractures du bassin, qui consiste à exercer des pressions de chaque côté de l'os fracturé ; sous l'influence de cette compression bilatérale il se manifeste une douleur au niveau du point atteint.

Il faut ici appliquer les deux mains contre les deux fosses iliaques externes et presser comme si on voulait les rapprocher. Dans le cas où la rupture est bien franche, ce procédé permet de produire au niveau de la symphyse une sorte de chevauchement, ou tout au moins la sensation d'une mobilité anormale des pubis entre eux.

Le gonflement des parties molles qui entourent la symphyse rompue est constant et souvent énorme ; il est dû à l'infiltration des tissus ambiants, comme dans toute fracture, et aussi à la tuméfaction généralisée des organes génitaux, comme il arrive dans les accouchements laborieux, compliqués de lésions multiples.

Un signe physique des plus précieux consiste dans le bruit de craquement, souvent très-fort, qui se produit au moment de la rupture. Dans nos exemples ce craquement s'est produit dans le tiers des cas environ, et il doit suffire pour éveiller l'attention de l'accoucheur et la porter du côté des symphyses. Par contre, il n'est pas toujours perçu de la femme elle-même, ou bien il ne provoque chez elle qu'un simple cri d'étonnement ; comme dans le cas du docteur Adams, la malade ne bronche pas. Cette particularité différencie hautement

ce symptôme du bruit sourd qui parfois accompagne les ruptures de matrice.

La douleur au niveau de la lésion est constante ; elle peut être continue et s'exaspérer au moindre contact ; d'autres fois elle paraît sommeiller et ne s'éveille qu'à l'occasion du toucher. Dans tous les cas elle se localise suffisamment pour fournir au diagnostic une indication précieuse.

Un autre signe d'une grande valeur, c'est la modification subite qui souvent se produit dans la marche du travail à l'instant précis où l'accident a lieu. Le travail, pénible et inefficace jusque là, semble avoir surmonté tout obstacle ; il évolue et se termine avec facilité. Si on a fait une application de forceps, l'accoucheur éprouve au moment de la rupture comme une sensation de résistance vaincue, ce qui lui permet de terminer rapidement l'opération, grâce à cette circonstance imprévue dont le concours change toutes les conditions d'un accouchement. L'idée d'une rupture pubienne surgira certainement, surtout si la femme présente à l'occasion de sa grossesse, un relâchement exagéré des symphyses pelviennes ; mais tous les doutes sont levés, si en même temps il se produit un craquement ; la symphyse est certainement rompue.

Les signes fonctionnels n'attirent pas moins l'attention par leurs caractères et leur intensité. Celui d'entre eux qui frappe le plus est certainement l'immobilité absolue du bassin et surtout des jambes. Non seulement les mouvements passifs sont abolis dans celles-ci, mais on ne peut les remuer tant soit peu sans causer de vives douleurs à la malade. Aussi cette dernière évite-t-elle craintivement tout mouvement, toute secousse, préférant une impotence complète aux contre-

coups douloureux que le moindre mouvement fait naître au niveau de la symphyse rompue.

Cette impotence des membres inférieurs n'est pas très-rare comme phénomène de suites de couches, et comme souvent l'examen complet de la malade n'est pas facile sinon impossible, on l'attribue volontiers à une sorte de paraplégie réflexe dont l'origine siège dans les lésions traumatiques causées par l'accouchement lui-même. L'explication est souvent insuffisante sinon inexacte, et dans bien des cas il s'agirait là, d'après Eidam, de ruptures méconnues de la symphyse pubienne.

Parfois la rupture interpubienne provoque des troubles de la miction, alors même que les organes urinaires n'ont pas participé au traumatisme, et qui consistent soit en rétention soit en incontinence d'urine ; ils sont probablement dus à une commotion des plexus nerveux du bassin. Mais ces désordres acquièrent une bien autre intensité, s'il y a rupture de l'urèthre ou de la vessie ; ils se manifestent alors par les divers accidents de l'infiltration d'urine et surtout par un état général grave.

Mais ces divers phénomènes constituent bien plutôt par leur nature de véritables complications que des symptômes propres à la rupture considérée en elle-même. Quoi qu'il en soit, ils aggravent singulièrement sa signification et son pronostic.

Peu d'affections, il est vrai, offrent des complications aussi nombreuses et aussi graves que la rupture de la symphyse pubienne. La première et la plus fréquente consiste dans l'arthrite traumatique ; elle s'accompagne d'une vive réaction inflammatoire et d'une suppuration abondante ; en un mot elle provoque l'apparition de

symptômes bien connus et assez bruyants pour attirer l'attention de ce côté.

Dans certains cas, qui coïncident volontiers avec un mauvais état général de la parturiente, l'arthrite, au lieu d'évoluer à grands fracas, prend des allures insidieuses et revêtles caractères des affections puerpérales. Il semble que la puerpéralité agisse alors comme une diathèse transitoire, comme une prédisposition morbide spéciale, et donne à la lésion une gravité exceptionnelle, en même temps qu'elle plonge l'organisme tout entier dans un état de déchéance profonde qui aboutit de bonne heure à la mort.

Cette complication est en somme la plus redoutable et par sa fréquence et par la rapidité de sa marche ; nous voyons en effet qu'elle s'est produite dans le tiers des cas environ et qu'elle a constamment entraîné la mort en peu de jours.

L'arthrite puerpérale, purulente d'emblée, est d'autant plus à craindre qu'elle détermine très-peu de réaction du côté de la jointure : il n'y a peut-être pas d'arthrites aiguës moins douloureuses. Le renseignement le plus précieux est fourni par l'état de marasme progressif où est plongée la malade, état qui contraste avec l'évolution peu bruyante de la lésion locale. L'apparition des symptômes de la fièvre puerpérale lève tous les doutes et assombrit encore le pronostic.

Pareillement, on peut voir survenir au niveau de la symphyse rompue les symptômes de l'infection purulente ou de l'ostéomyélite putride, ce qui a lieu de préférence quand le foyer de la rupture communique avec l'air extérieur ou avec l'urine épanchée hors de ses voies naturelles. Cette complication est non moins grave et conduit tout aussi vite à la mort, comme

nous en avons cité des cas ; du reste, elle se manifeste par des symptômes propres et trop connus pour laisser le moindre doute sur leur valeur.

Telles sont les principales complications qui se développent au niveau même de la rupture et modifient sa marche. D'autres, plus nombreuses, peuvent se développer plus ou moins loin de la symphyse par une sorte d'extension de la lésion primitive. Telles sont les déchirures de la vulve, les phlegmons, les abcès, les diverses inflammations locales ou encore les traumatismes urinaires avec les infiltrations qui en résultent. De même peut-on avoir affaire avec des ulcérations, des grangrènes locales des organes génitaux, des fistules, etc., et surtout avec des affections inflammatoires et très-graves, qui terminent d'ordinaire la scène en enlevant rapidement la malade. Je veux parler de la phlébite et de la péritonite ; et, de fait, nous avons eu l'occasion de citer plusieurs exemples de ces deux fatales terminaisons.

VII.

La disjonction interpubienne constitue un accident dystocique des plus graves, puisqu'elle a emporté près de la moitié des malades (10 sur 24) et que le plus souvent la mort ne s'est pas fait attendre. Cette dernière survient d'ordinaire dans les premiers jours qui suivent l'accident ; rarement elle est retardée au-delà de la troisième ou quatrième semaine.

Elle est amenée de préférence par l'arthrite puerpérale, l'ostéomyélite putride et l'infection purulente, toutes affections bien voisines, sinon de la même famille. La péritonite également compte dans notre statistique pour plusieurs cas de mort, tous très-rapides, et

la phlébite peut être sûrement incriminée pour un cas au moins.

Un état de marasme persistant et progressif se termine fatalement par une mort plus ou moins prochaine.

Toutefois le nombre des guérisons l'emporte sur celui des morts, ce qui doit encourager tous les essais de traitement, de manière à disputer pied à pied le terrain à la maladie et à ses diverses complications. Le cas du professeur Guyon, finalement couronné de succès, est un remarquable exemple de cette longue lutte, où les efforts de l'art semblèrent longtemps désespérés, en raison même de l'état désastreux de la malade.

Mais presque toujours la guérison est longue et pénible ; les cas sont rares où elle s'opère en quelques semaines ; il faut d'ordinaire des mois entiers, plus d'une année même, pour que la symphyse recouvre son intégrité primitive ; et pendant tout ce temps, les moyens de consolidation doivent être constamment et rigoureusement appliqués. Quant à la marche elle-même, elle se ressent toujours des suites de l'accident, et la malade éprouve une impotence relative et indéfinie de ses membres inférieurs. Ajoutons toutefois que l'influence du traitement est considérable au point de vue de la durée du mal, et aussi du rétablissement de l'intégrité fonctionnelle. Cette influence se fait encore sentir sur les phénomènes de réaction inflammatoire qui accompagnent le traumatisme ; d'après Eidam, le rapprochement précoce et immédiat des parties disjointes par la rupture suffit pour faire tomber la fièvre et produire une amélioration subite et notable de l'état général.

Cette indication est évidemment remplie par une compression circulaire sur le bassin ; à l'instar d'une fracture, il s'agit ici de rétablir les rapports entre les segments désunis, de faire une coaptation aussi parfaite que possible entre les deux extrémités articulaires, en un mot de réduire la diastase.

Le meilleur procédé de réduction, et aussi le plus simple, consiste dans l'emploi immédiat d'une forte ceinture qui enserre le bassin et immobilise toute la région ; on complète son action en maintenant les jambes rapprochées et serrées, de façon à faire de toute la partie inférieure du corps une masse immobile et inerte. Mais l'application d'un procédé si simple n'est pas toujours facile, et la ceinture doit, pour réussir, remplir deux conditions : la première est de procurer toute la coaptation désirable ; la seconde est de ne pas gêner la malade et de s'accommoder avec un long séjour au lit, dans le décubitus dorsal, l'immobilité étant rigoureusement maintenue. Nous avons pu voir en effet que la ceinture pelvienne, après plusieurs essais infructueux, n'avait pu être supportée par une femme, et qu'il en était résulté une lenteur désespérante dans la guérison.

La disposition de cette ceinture mérite donc des soins ; elle doit être forte, bien rembourrée, et serrer vigoureusement sans gêner. Il y a plusieurs années, Chantreuil fit construire par Charrière une ceinture qui semble remplir toutes les conditions désirables. Elle se compose de deux portions égales qui se rattachent en arrière par des sangles ; en avant elle offre une disposition analogue à la ceinture eutocique de Pinard et se fixe au moyen d'œillets et de lacets. De plus, elle présente en avant, de chaque côté de la ligne

médiane et sur sa face postérieure, deux coussinets en caoutchouc qu'on peut gonfler d'air, de manière à exercer par leur insufflation une compression directe sur le bassin. Ces coussinets, larges de dix centimètres environ, ont toute la hauteur de la ceinture; ils correspondent au milieu et au tiers interne des arcades crurales et par leur face libre regardent en arrière et vers le plan médian et antéro-postérieur du corps. On voit que le développement de ces coussinets a pour effet de presser sur les pubis et de les porter à la rencontre l'un de l'autre; on peut en outre, régler à volonté la compression et la supprimer sans toucher à l'appareil. En un mot, cette ceinture paraît remplir efficacement toutes les conditions et on se trouvera bien d'y recourir toutes les fois que les appareils ordinaires seront insuffisants.

Au lieu d'employer la ceinture, le professeur Guyon fit coucher la malade dans une sorte de boîte remplie de son, lequel exerçait sur tous les points une compression douce, égale et parfaitement efficace. Ce procédé a donné le résultat que l'on sait; il paraît toutefois défectueux au point de vue des soins de propreté à donner à la malade, mais son emploi est des plus simples, surtout à la campagne, et mérite d'être essayé.

La durée du traitement est liée à la marche de la consolidation; c'est une affaire d'examen locaux, d'essais de temps à autre répétés. Mais elle paraît d'autant plus courte que l'application du traitement aura été plus précoce, ce qui du reste n'a rien d'étonnant.

Quant au traitement des complications, il est trop connu pour y insister; le principal est de reconnaître ces complications et d'agir vite. Il est bon toutefois de recourir aux moyens plus ou moins abortifs, si la dou-

leur ou le gonflement immodéré de la région hypogastrique sont de nature à donner des inquiétudes ; on pourra de la sorte combattre l'inflammation locale à son début par les onctions mercurielles, les révulsifs, les sangsues, etc. Si on soupçonne la formation d'un abcès, on institue le traitement chirurgical contre les collections purulentes profondes, etc.

Les symptômes de nature putride ou puerpérale seront surveillés à chaque instant et combattus par les moyens les plus actifs dont dispose la thérapeutique ; c'est surtout devant ces terribles complications qu'il convient de ne pas désarmer, et de ne pas désespérer d'avance des ressources de l'art.

Les lésions des voies urinaires seront recherchées et traitées avec soin ; l'infiltration urineuse mérite une attention particulière.

En dehors de ces considérations spéciales, il convient de songer à l'état général de la malade et de relever ses forces par un régime tonique et reconstituant. Le fer, le quinquina, l'alcool, seront d'un utile secours ; le phosphate de chaux paraît avoir une action favorable sur la marche de la consolidation articulaire. Dès que la malade pourra faire quelques pas, elle se trouvera bien des bains sulfureux, et aussi de quelques séances d'électrothérapie, pour rendre aux membres inférieurs leur intégrité fonctionnelle.

Enfin, des considérations spéciales doivent naître dans chaque cas particulier sur le rôle des grossesses ultérieures au point de vue de la reproduction éventuelle de l'accident. Encore que la consolidation interpubienne peut avoir amené des changements notables dans la forme générale du bassin, de manière à changer pour toujours les conditions obstétricales d'une

femme. On conçoit qu'il n'y ait point sur un pareil sujet de règles générales.

Tel est, à grands traits, le traitement de la rupture et de ses complications ; mais il en est un autre plus important qui domine toute la pathogénie de cet accident redoutable : je veux parler de la prophylaxie. On a pu voir, en effet, qu'à l'exception de cas extrêmement rares, la rupture ne se produit qu'à l'occasion de certaines anomalies obstétricales, qui toutes font partie de la dystocie et en constituent des chapitres spéciaux. Presque toujours les causes de rupture se rapportent à la mère, et se rapportent soit à sa conformation pelvienne, soit à sa constitution générale et à ses antécédents.

Dès lors, le moyen de prévoir consiste à connaître à fond les conditions de chacune des parturientes, et de surveiller celles-ci avant, pendant et après l'enfantement. Un homme averti en vaut dix en matière d'obstétrique.

Le rêve, pour un accoucheur serait de connaître tous les bassins de sa clientèle et aussi l'évolution de toutes les grossesses, de manière à ne rien laisser à l'inconnu et à l'imprévu, qui, dans l'espèce, sont synonymes de mort fréquente.

Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi. Le médecin doit même s'estimer heureux, quand seulement il arrive avant que l'accouchement soit commencé, avant même que des interventions maladroites

aient produit d'irréparables désordres. Mais quelles que soient les conditions de l'accouchement pour lequel il est appelé, le médecin ne manquera jamais de se renseigner tout d'abord sur le produit de conception et sur l'état des organes maternels, persuadé qu'il tient dans une certaine mesure, entre les mains, les destinées d'une existence, sinon de deux. Et quand il sera fixé sur l'appréciation exacte de l'acte auquel il va prendre part, il n'aura plus, pour le reste, qu'à se conformer aux règles énoncées par M. Budin à la fin de sa thèse. Je ne saurais mieux terminer la mienne qu'en les reproduisant en entier, comme un guide complet de la conduite à tenir dans la pratique des accouchements. — Les voici :

I. — L'accoucheur doit mettre la femme enceinte dans les conditions les plus favorables, de manière à rendre aussi rares que possible les accouchements artificiels ;

II. — S'il est obligé d'intervenir, il doit s'efforcer de sauvegarder l'existence des deux êtres qui lui sont confiés et éviter toute faute, toute erreur ;

III. — Si le fœtus a succombé, il ne doit rien négliger pour sauver les jours de la mère et ne pas reculer devant l'embryotomie.

IV. — Il ne doit pas, si cela est nécessaire, hésiter à sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère.

En un mot, l'accoucheur doit savoir se décider à intervenir — il doit de plus se décider à temps — il doit, enfin choisir les procédés les moins dangereux pour le fœtus et surtout pour la mère.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RAPPORT de M. le Professeur *sur*
le manuscrit de la Thèse de M. FRAISSE (Gabriel-Marie), intitulé : Étude sur la Disjonction de la Symphyse Pubienne dans l'Accouchement.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et Histologie normales. — Articulation de l'épaule,
Physiologie. — Usages de l'iris ; usages des muscles de l'orbite.

Physique. — Émission et absorption de la chaleur rayonnante ; absorption de la chaleur sur les milieux de l'œil.

Chimie. — De l'hydrogène ; ses combinaisons avec l'oxygène ; de l'eau, ses propriétés chimiques, son analyse, ses synthèses.

Histoire naturelle. — Des helminthes qui habitent le corps de l'homme.

Pathologie externe. — Des signes physiques des fractures.

Pathologie interne. — De la fièvre jaune.

Pathologie générale. — De l'ataxie et de l'adynamie.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — De l'amputation de la cuisse ; parallèle des diverses méthodes.

Pharmacologie. — Quels sont les principes que les corps gras enlèvent aux plantes. Comment prépare-t-on les huiles médicinales; falsification des huiles; moyen de les reconnaître.

Thérapeutique. — Du massage.

Hygiène. — De l'habitation.

Médecine légale. — De la valeur des symptômes et des lésions dans les cas d'empoisonnement.

Accouchement. — De l'éclampsie puerpérale.

Vu, *Le Président de la Thèse,*

PAJOT.

Vu bon et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

